

TRAUMA DALAM KALANGAN  
REMAJA PELAJAR SEKOLAH MENENGAH  
MANGSA KONFLIK BERSENJATA DAN TSUNAMI DI ACEH

KUSMAWATI HATTA

TESIS YANG DIKEMUKAKAN UNTUK MEMPEROLEH IJAZAH  
DOKTOR FALSAFAH

FAKULTI PENDIDIKAN, BIDANG PSIKOLOGI PENDIDIKAN DAN  
KAUNSELING UNIVERSITI MALAYA  
KUALA LUMPUR  
2014

UNIVERSITI MALAYA

PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN

Nama : KUSMAWATI HATTA (No.K.P/Pasport: T 350023)  
No Pendaftaran : PHA 050055  
Nama Ijazah : Doktor Falsafah  
Tajuk Tesi : Trauma Dalam Kalangan Remaja Mangsa Konflik  
Bersenjata dan Tsunami di Aceh  
Bidang Penyelidikan : Psikologi Kaunseling

Saya dengan sesungguhnya dan sebenarnya mengaku bahwa:

- (1) Saya adalah satu-satunya pengarang/penulis Hasil Kerja ini;
- (2) Hasil Kerja ini adalah asli;
- (3) Apa-apa penggunaan mana-mana yang mengandungi hakcipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa – apa petikan, ektrat, rujukan atau pengeluaran semula dari pada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dinyatakan dengan sejelasnya dan secukupnya dan satu pengiktirafan tajuk hasil kerja tersebut dan pengarang/penulisnya telah dilakukan dalam hasil kerja ini;
- (4) Saya tidak mempunyai apa-apa pengetahuan sebenar atau patut semunasbahnya tahu bahawa penghasilan Hasil Kerja ini melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain;
- (5) Saya dengan ini menyerahkan kesemua dan tiap –tiap hak yang terkandung di dalam hakcipta Hasil Kerja ini kepada University Malaya (“UM”) yang seterusnya mulai dari sekarang adalah tuan punya kepada hakcipta dalam Hasil Kerja ini dan apa-apa pengeluaran semula atau penggunaan dalam apa jua bentuk atau dengan apa juga cara sekalipun adalah dilarang tanpa terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis dari UM;
- (6) Saya sedar sepenuhnya sekiranya dalam masa penghasilan kerja ini saya telah melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain samaada dengan niat atau sebaliknya, saya boleh dikenakan tindakan undang-undang atau apa-apa tindakan sebagaimana yang diputuskan oleh UM.

Tanda Tangan calon

Tarikh

Diperbuat dan sesungguhnya di akui di hadapan,

Tanda Tangan Saksi

Tarikh

Nama: Profesor Madya DR. Zahari Ishak  
Jawatan: Psikologi Pendidikan dan Kaunseling

## ABSTRAK

Kajian ini bertujuan untuk meninjau adakah konflik, tsunami yang berlaku telah memberi kesan trauma, dan berada pada tahap mana, adakah perbezaan trauma, serta adakah wilayah, sumber trauma dan jantina mempunyai hubungan dan memberi sumbangan ke atas tahap trauma yang dialami remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik bersenjata dengan tsunami di Aceh. Kajian ini menggunakan kaedah tinjauan melalui pendekatan kuantitatif dengan teknik pemilihan sampel menggunakan persampelan bertujuan. Seramai 1185 remaja pelajar Sekolah Menengah pada 8 Wilayah basis konflik bersenjata dan 4 wilayah tsunami yang paling teruk terjadi di Aceh telah dipilih menjadi subjek kajian. Instrumen yang digunakan adalah set soal selidik yang diadaptasi langsung dari standar profesional manual *Trauma Symptom Inventory* (TSI) daripada Briere (1995). Set soal selidik ini dibahagikan kepada dua skala: validiti dan klinikal. Sedangkan kaedah analisis data dilakukan dengan menggunakan perisian SPSS versi 20. Dapat disimpulkan iaitu: Untuk skala validiti, pertama, terdapat kesan trauma yang signifikan dalam kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh dengan tingkat signifikansinya (ATR  $p = .002$ , RL  $p = .001$ , INC  $p = .001$ )  $p < .05$ ; kedua, terdapat tahap trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami majoriti pada peringkat rendah di semua wilayah; hal ini ditunjukkan oleh nilai purata dalam lingkungan  $t\text{-score} < 50$ . Ketiga, terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada semua wilayah, sumber trauma, dan jantina. Dari ujian *post hoc* wilayah yang paling ketara perbezaannya pada dimensi validiti adalah Bireun, Aceh Selatan, Abuya. Ke empat wilayah, sumber trauma, dan jantina mempunyai hubungan pada beberapa indikator dan juga memberi sumbangan pada beberapa item yang sama, seperti: wilayah pada skala validiti item *Atypical Response* (ATR). Manakala dilihat pada skala klinikal, pertama terdapat kesan trauma yang signifikan nilai  $p < .05$  sedangkan tahap trauma berada pada peringkat sederhana dilihat daripada semua wilayah, sumber trauma dan jantina. Selain daripada itu juga terdapat perbezaan yang signifikan baik dari wilayah, sumber trauma, mahupun jantina, Dari ujian *Post hoc* paling ketara pada dimensi *Dysphoric Mood* adalah Kota Banda Aceh dan Aceh Selatan, pada dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah Kota Banda Aceh dan Aceh Selatan, *Sexual Dysfunction* adalah Bireun dan Abuya, pada dimensi *Self Dysfunction* adalah Kota Banda Aceh dan Aceh Utara. Sedangkan pada jantina ada yang berbeza pada beberapa item dan ada yang tidak. Ke empat, wilayah, sumber trauma, dan jantina mempunyai hubungan pada beberapa indikator dan juga memberi sumbangan pada beberapa item yang sama, seperti: wilayah pada skala validiti item *Atypical Response* (ATR), pada skala klinikal pada dimensi *Dysphoric Mood*, item kemurungan (D), pada dimensi PTSD item *Defensive Avoidance* (DA), Pada dimensi *Sexual Dysfunction* item *Sexual Concerns* (SC), *Dysfunctional Sexual Behavior* (DSB), dan pada dimensi *Self Dysfunction* pada item *Tension Reduction Behavior* (TRB).

# **TRAUMA IN SSECONDARY SCHOOL ADOLESCENT VICTIMS OF ARMED CONFLICT AND TSUNAMI IN ACEH**

## **ABSTRACT**

This study was aimed at exploring whether conflict and tsunami that occurred resulted in effects of trauma, and the extent of trauma, and whether the district, source of trauma, and gender were related and contributed to the level of trauma experienced by the secondary school adolescents who were victims of armed conflict and tsunami in Aceh. This study used a quantitative approach involving a survey and the technique of purposive sampling. A total of 1185 adolescent students from secondary schools from 8 districts affected by the armed conflict and 4 districts affected by the worst tsunami occurring in Aceh were selected as the research subjects. The instrument used was a set of questionnaires adapted from the standard professional manual Trauma Symptom Inventory (TSI) from Briere (1995). The questionnaire was divided into two scales: validity and clinical. Data analysis was carried out using SPSS version 20 software. It could be concluded that: For the validity scale, firstly a significant effect of trauma was found among the adolescent victims of the conflict and tsunami in Aceh with a significance of (ATR  $p = .002$ , RL  $p = .001$ , INC  $p = .001$ )  $p < .05$ ; secondly, the level of trauma among adolescent victims of the armed conflict and tsunami was mainly at the low level in all districts; this was seen in the average  $t$ - score  $< 50$ . Thirdly, a significant difference was seen in the level of trauma by all districts, source of trauma and gender. The post hoc test shows that the districts with most evident difference in the dimension of validity were Bireun, Aceh Selatan, and Abdya. Fourthly, district, source of trauma, and gender were associated with several indicators and also contributed to several similar items, such as: district for the scale validity item Atypical Response (ATR). Meanwhile, as seen in the clinical scale, firstly the effect of trauma was significant with a value of  $p < .05$  whereas the level of trauma was at moderate level for all districts, sources of trauma and gender. Besides that, a significant difference was seen in terms of district, source of trauma as well as gender. From the post hoc test, the most significant difference was in the dimension Dysphoric Mood in Kota Banda Aceh and Aceh Selatan, in the dimension Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Kota Banda Aceh and Aceh Selatan, and for Sexual Dysfunction in Bireun and Abdya, for the dimension Self Dysfunction in Kota Banda Aceh and Aceh Utara. However, for gender there were differences in several items and no differences in others. Fourthly, district, source of trauma and gender had a relationship with several indicators and also contributed to many similar items such as: district for the validity scale item Atypical Response (ATR), in the clinical scale for the dimension Dysphoric Mood the item depression (D), for the dimension PTSD the item Defensive Avoidance (DA), for the dimension Sexual Dysfunction the items Sexual Concerns (SC) and Dysfunctional Sexual Behavior (DSB), and for the dimension Self Dysfunction the item Tension Reduction Behavior (TRB).

## PENGHARGAAN

Alhamdulillah, Syukur ke Hadrat Allah S.W.T kerana dengan izin dan limpahan rahmat-Nya tesis ini dapat dihasilkan dan disempurnakan. Ketika menulis dan menyempurnakan tesis ini saya telah mendapat bimbingan dan arahan serta bantuan dan sokongan daripada pelbagai pihak, oleh itu saya mengambil kesempatan ini untuk menyatakan rasa penghargaan yang setinggi-tingginya dan sekaligus mengucapkan terimakasih kepada yang berkenaan.

Setinggi-tinggi pengharagaan dan terima kasih saya yang tidak terbilang kepada penyelia, Prof DR Suradi Salim (Arwah), DR Zahari Bin Ishak dan DR Fonny Dameaty Hutagalong. Ucapan terimakasih juga ditujukan kepada semua pensyarah dan kaki tangan Fakulti Pendidikan terutamanya bahagian Psikologi Pendidikan dan Kauseling serta Pusat pengajian Siswazah University Malaya, kerana bantuan dan bimbingannya sepanjang pengajian saya.

Setinggi-tinggi penghargaan dan terimakasih juga ditujukan kepada Rektor IAIN Ar-Raniry Prof. DR. Farid Wajdi Ibrahim M.A, Dekan Fakulti Dakwah, DR Arani Usman, serta Ketua Jurusan Bimbingan dan Konseling. Selain itu juga kepada rakan saya Jasmadi, M.Psy, Mhd Thalal, M.A serta kepada teman-teman pensyarah dan kaki tangan Fakulti Dakwah IAIN Ar-Raniry yang turut membantu dan mendoakan hingga saya boleh mengikuti pengajian ini.

Setinggi-tinggi penghargaan dan terima kasih juga ditujukan kepada sahabat yang telah menjadi keluarga bahagi saya selama mengikuti pengajian iaitu Zahilah dan Ida Madderis, Irhamna Yusra, Hanafiah dan Risnawati beserta keluarga dan DR Siti Taniza Toha, dengan bantuan dan pertolongannya yang tidak dapat dibayar dengan apapun jua, disini saya hanya boleh memohon kepada Allah S.W.T agar memberikan hidayah dan rahmat-Nya, ke atas semua bantuan yang telah mereka berikan kepada saya, sehingga mereka boleh terus berjaya sampai bila-bila masa dalam kehidupan di dunia dan akhirat kelak.

Setinggi-tinggi penghargaan dan permohonan maaf yang tidak terhingga serta mengharapakan ampunan sepanjang hayat saya kepada Arwah orang tua yang telah melahirkan dan membesarkan saya, sehingga saya wujud di dalam dunia ini, iaitu Mhd

Hatta dan Ibunda Zainab Abdullah serta mertua saya Hj Ubit Nurdin dan Ibunda Cahaya. Ucapan terimakasih juga kepada anak- anak saya Rahayu Saputri, Agung Pratama dan juga Angga Pranata yang telah mengikhlasakan keterabaian haknya, waktunya dan doaanya ke atas saya serta ucapan terimakasih dan permohonan maaf serta ampunan daripada suami tercinta yang telah memberi sokongan moral, kewangan dan waktunya untuk saya dapat menyelesaikan pengajian ini dengan penuh kesabaran.

Sesungguhnya ucapan *“Alhamdulillah ke atas semua yang Engkau Berikan kepada ku hambamu yang lemah dan tidak berdaya kecuali atas izin Mu ya Allah”*

## KANDUNGAN

	Halaman
PERAKUAN	ii
ABSTRAK	iii
PENGHARGAAN	v
KANDUNGAN	vii
SENARAI JADUAL	xviii
SENARAI RAJAH	xvii
SENARAI SINGKATAN	xviii
PETA KONFLIK DAN TSUNAMI DI ACEH	xix
 <b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	 <b>1</b>
1.1. Latar Belakang Kajian	1
1.2. Isu dan Permasalahan Kajian	8
1.3. Tujuan Kajian	12
1.4. Objektif Kajian	13
1.5. Soalan Kajian	13
1.6. Hipotesis	14
1.7. Kepentingan Kajian	21
1.8. Batasan Kajian	22
1.9. Definisi Istilah	22
1.9.1 Trauma	23
1.9.2. Konflik Bersenjata	24
1.9.3. Tsunami	24
1.9.4. Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Atas (SMA)	24
1.10. Kerangka Konsep Kajian	25
 <b>BAB II.: KERANGKA TEORITIKAL DAN SOROTAN LETERATUR</b>	 <b>26</b>
2.1. Pengenalan	26
2.2 .Definisi Trauma	26
2.3. Proses Lahirnya Trauma	31
2.4. Jenis-Jenis Trauma	35
2.5. Symptom Trauma	37
2.6. Kesan Trauma Yang Sering Muncul Pada Mangsa	41

2.6.1.	Post-Traumatic Stress Reaction (PTSR)	41
2.6.2.	Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)	43
2.7.	Kesan Konflik Pada Psikologikal	48
2.7.1.	Perasaan Marah	48
2.7.1.1	Pengaruh Marah Terhadap Perilaku	49
2.7.1.2.	Pengaruh Marah Terhadap Minda	50
2.7.2.	Kebencian.	53
2.7.3.	Kekerasan	53
2.7.4.	Strees	54
2.7.5.	Depresi	59
2.7.6.	Kecemasan ( <i>Anxiety</i> )	61
2.8.	Pengkawalan Trauma	64
2.9.	Kajian Lepas Terkait Trauma	72
2.9.1	Hasil Kajian Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh	72
2.9.2.	Hasil Penelitian Lanjutan Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh	80
2.9.3.	Hasil Kajian Danpak Stres Dan Trauma Tsunami Terhadap Perkembangan IQ, EQ, SQ Dan Cara Penanggulangannya. (Kajian Penanganan Anak SD Mangsa Tsunami di Aceh Besar)	88
2.9.4.	Hasil Kajian Bimbingan Kaunseling Bagi Anak Yang Mengalami Trauma Akibat Kekerasan Di NAD (Studi Kes Dalam Rangka Uji Efektifitas Menggambar Sebagai Alat Pengungkap Pengalaman Traumatik Anak Usia 9-13 Tahun Di Desa Pusong Lhokseumawe)	90
2.9.5.	Hasil Kajian Perbedaan Peristiwa Traumatic Konflik Bersenjata dengan Gempa dan Tsunami Pada Pelajar SLTA di Aceh Besar	92
2.9.6.	Hasil Kajian Faktor Resiko Pasca Kejadian Menyakitkan dan Bencana Alam dan Cara Penanggulangannya	95
2.9.7.	Hasil <i>Asessment</i> Tentang Hal Yang Perlu Dilakukan Pada Psikososial/kesehatan Mental Pasca Bencana Berskala Besar	100
2.9.8.	Hasil Kajian Dampak Tsunami 2004 Pada Psikologis	106



2.10. Konsep Pengkawalan Pasca Peristiwa Traumatik	109
2.10.1. Pada Masa Krisis	110
2.10.1.1. Psikological First Aid	112
2.10.2. Pada Masa Trauma	115
2.10.2.1. Bimbingan dan Konseling	115
2.10.2.2. Psikoterapi	117
2.10.2.3. Farmakoterapi	120
<b>BAB III : METODOLOGI PENYELIDIKAN</b>	<b>121</b>
3.1 Pengenalan	121
3.2 Rancangan Penelitian	121
3.3 Reka Bentuk Kajian	121
3.4 Prosedur Pemilihan Subjek Kajian	124
3.5 Tempat Kajian	125
3.6 Alat Kajian	125
3.6.1 Skala Validiti Instrumen TSI	126
3.6.2 Skala Klinikal Instrumen TSI	130
3.6.3 Soalan Kritikal dalam Instrumen TSI	133
3.6.4 Permakahan	134
3.7 Permakahan Skala Validiti ATR, RL dan INC	135
3.8 Kajian Rintis	136
3.8.1 Kesahan dan Kebolehpercayaan Item Soal Selidik	138
3.8.1.1 Kesahan dan Kebolehpercayaan Skala Validiti	142
3.8.1.2 Kesahan dan Kebolehpercayaan Skala Klinikal	142
3.9 Kaedah Kajian	139
3.9.1 Profil Subjek Kunci	144
3.9.2 Profil Subjek Kajian	147
3.10. Kaedah Analisis Kajian	148
3.10.1. Analisis Deskriptif	148
3.10.2 Analisis Inferensi	149
3.10.2.1. Kaedah Alfa Cronbach	149
3.10.2.2. Kaedah Korelasi Pearson	149

3.10.3. Ujian –t	151
3.10.4. Ujian ANOVA Sehal	151
3.10.5. Analisis Regresi	151
3.11. Rumusan.	152
<b>BAB IV : KEPUTUSAN KAJIAN</b>	<b>153</b>
4. 1. Pengenalan	153
4.2. Rumusan Hipotesis	153
4.3. Keputusan Kajian Skala Validity	156
4.3.1. Keputusan Deskriptif	156
4.3.1.1. Profil Subjek Kajian	157
4.3.1.2. Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL Dan INC Secara Keseluruhan	157
4.3.1.3. Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL Dan INC Berdasarkan Jantina	158
4.3.2. Keputusan Inferensi	159
4.3.2.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.1 dan (Ha.1) Kesan Trauma Pada Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan	160
4.3.2.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan Tahap Trauma Pada Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jantina	161
4.3.2.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan Tahap Trauma Pada Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Sumber Trauma	163
4.3.2.4. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan tahap Trauma Pada Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan	165
4.3.2.5. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.3 dan Ha.3) Korelasi, wilayah, Sumber Trauma, Jantina Atas Indikator ATR,RL,dan INC Dalam kalangan Remaja Mangsa konflik dan Tsunami	167
4.3.2.6. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4) Hubungan Skala Validity ATR Dengan RL	167
4.3.2.7. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.5 dan Ha.5)	

Hubungan Skala Validity ATR Dengan INC	168
4.3.2.8. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.6 dan Ha.6) Hubungan Skala Validity ATR Dengan RL	168
4.3.2.9. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.7 dan Ha.7) Kesan Interaksi Sumber Trauma dengan Jantina Terhadap Tahap Trauma Indikator ATR,RL dan INC	168
4.4. Keputusan Kajian Skala Klinikal	171
4.4.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi Dysphoric Mood Indikator AA, D, Dan AI Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	171
4.4.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi PTSD Indikator IE, DA,Dan DIS Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	172
4.4.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi Sexual Dysfunction Indikator SC, DSB Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	173
4.4.4. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi Self Dysfunction Indikator ISR,TRB Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	174
4.4.5. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) Tahap Trauma Keatas Skala Klinikal Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	175
4.4.5.1. Keputusan Deskriptif	175
4.4.5.1.1. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA,D dan AI Di Lihat Berdasarkan Jantina	175
4.4.5.1.2. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Pada Indikator IE,DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Jantina	177
4.4.5.1.3. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Pada Indikator SC dan DSB Di Lihat Berdasarkan Jantina	178
4.4.5.1.4. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB Di Lihat Berdasarkan Jantina	178
4.4.5.1.5. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA,D	

dan AI Di Lihat Berdasarkan Jantina dan wilayah	179
4.4.5.1.6. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Pada Indikator IE,DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Jantina dan wilayah	181
4.4.5.1.7. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Pada Indikator SC dan DSB Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Wilayah	183
4.4.5.1.8. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Wilayah	185
4.4.5.1.9. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA,D dan AI Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Sumber Trauma	187
4.4.5.1.10. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Pada Indikator IE,DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Sumber Trauma	188
4.4.5.1.11. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Pada Indikator SC dan DSB Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Sumber Trauma	189
4.4.5.1.12. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB Di Lihat Berdasarkan Jantina dan Sumber Trauma	190
4.4.5.2. Keputusan Hasil Ujian Inferensi	191
4.4.5.2.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> indicator AA,D Dan AI Dilihat Berdasarkan Wilayah	191
4.4.5.2.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi PTSD indicator IE, DA dan DIS Dilihat Berdasarkan Wilayah	193
4.4.5.2.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Sxual Dysfunction</i> indicator SC dan	

DSB Dilihat Berdasarkan Wilayah	195
4.4.5.2.4. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Self Dysfunction</i> indicator ISR dan TRB Dilihat Berdasarkan Wilayah	196
4.4.5.2.5. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> indicator AA,D Dan AI Dilihat Berdasarkan Sumber Trauma	198
4.4.5.2.6. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi PTSD indicator IE, DA dan DIS Dilihat Berdasarkan Sumber Trauma	199
4.4.5.2.7. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Sxual Dysfunction</i> indicator SC dan DSB Dilihat Berdasarkan Sumber Trauma	200
4.4.5.2.8. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Self Dysfunction</i> indicator ISR dan TRB Dilihat Berdasarkan Sumber Trauma	201
4.4.5.2.9. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> indicator AA,D Dan AI Dilihat Berdasarkan Jantina	202
4.4.5.2.10. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi PTSD indicator IE, DA dan DIS Dilihat Berdasarkan Jantina	203
4.4.5.2.11. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Sxual Dysfunction</i> indicator SC dan DSB Dilihat Berdasarkan Jantina	203
4.4.5.2.12. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi <i>Self Dysfunction</i> indicator ISR dan TRB Dilihat Berdasarkan Jantina	204
4.4.5.2.13. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma, Jantina Dengan Dimensi <i>Dysphoric</i>	

<i>Mood</i> indicator AA,D, AI Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	205
4.4.5.2.14. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma, Jantina Dengan Dimensi PTSD Indikator IE,DA dan DIS, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	205
4.4.5.2.15. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma, Jantina Dengan Dimensi <i>Sxual Dysfunction</i> SC dan DSB Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	206
4.4.5.2.16. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma, dan Jantina Dengan Dimensi <i>Self Dysfunction</i> indicator ISR dan TRB Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	206
4.4.5.2.17. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	207
4.4.5.2.18. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi PTSD Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	207
4.4.5.2.19. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Sexual Dyspunction</i> Dalama Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	208
4.4.5.2.20. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	208
4.4.5.2.21. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber Trauma, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi	

<i>Dysphoric Mood</i> Dalam kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	209
4.4.5.2.22. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber trauma, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi PTSD Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	210
4.4.5.2.23. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber trauma, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	210
4.4.5.2.24. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber trauma, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	211
4.4.5.2.25. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Dalam kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	211
4.4.5.2.26. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi PTSD Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	212
4.4.5.2.27. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	213
4.4.5.2.28. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Dalama kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah	213
4.5. Rumusan	214
<b>BAB V. PEMBINCANGAN</b>	<b>215</b>
5.1. Pengenalan	215
5.2. Permbincangan Skala Validity Berdasarkan Keputusan Hipotesis	

Pada Indikator ATR, RL dan INC Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	215
5.3. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinik <i>Dysphoric Mood</i> Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	227
5.4. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian 5 Hipotesis Pada Skala Klinik <i>Post Traumatic Strees Disorder</i> (PTSD) Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	241
5.5. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinik Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	248
5.6. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinik Keatas Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	251
5.7. Rumusan	257
<b>BAB VI. KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN REKOMENDASI</b>	<b>258</b>
6.1. Pengenalan	258
6.2. Kesimpulan	258
6.2.1. Kesan Trauma Dalam Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata Tsunami, konflik dan Tsunami Berdasarkan Skala Validiti dan Klinik <i>Trauma Symptom Inventory</i> (TSI)	258
6.2.2. Tahap Trauma Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami Berdasarkan Skala Validiti dan Klinik <i>Trauma Symptom Inventory</i> (TSI)	259
6.2.3. Perbezaan Tahap Trauma Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami di Aceh dilihat Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	260
6.2.4. Hubungan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Keatas Trauma Kalangan Remaja Pelajar Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan konflik dan Tsunami	260
6.2.5. Sumbangan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Tahap Trauma Dalam Kalangan Remaja Pelajar Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami di Aceh	261
6.3. Implikasi	262



6.3.1. Kepada Pihak Pemerintah	262
6.3.2. Kepada Pihak Sekolah	264
6.3.3. Kepada Kalangan Ibu Bapa dan Masyarakat	267
6.3.4. Kepada Kalangan Remaja Itu Sendiri	268
6.4. Cadangan	270
6.4.1. Menubuhkan Unit Kaunseling Trauma	272
6.4.2. Peranan Kaunseling Trauma	275
6.4.3. Keterampilan Dalam Kaunseling Traumatik	277
6.4.4. Proses dan Tahapan Kaunseling Traumatik	278
6.4.5. Kaunseling WERJEM Fasilitator Moden	280
6.4.5.1. Rasional	280
6.4.5.2. Tujuan	280
6.4.5.3. Sasaran	281
6.4.5.4. Asumsi Asas	282
6.4.5.5. Alat Dukung Layanan	282
6.4.5.6. Peranan Konselor	283
6.4.5.7. Mekanisme Pelaksanaan Layanan BK Trauma	285
6.4.5.8. Proses Pelaksanaan	287
RUJUKAN	289

## SENARAI JADUAL

No Jadual	Halaman
Jadual.2.1. Kriteria Gangguan Stres Pasca Trauma (PTSD)	38
Jadual .2.2. Perbezaan Kemarahan dan Kebencian	51
Jadual 2.3 Perbezaan Stres Biasa dengan Stres pasca trauma	55
Jadual 2.4. Perbezaan Pengendalian Intervensi Krisis dengan Psikoterapi	114
Jadual 3.1. Skala Validity TSI dan No Soalan	130
Jadual 3.2: Skala Klinikal dan No Soalan.	133
Jadual 3.3. Duabelas Soalan Kritikal TSI	134
Jadual. 3.4. Penetapan Tinggi Rendah Tahap Trauma mengikut Manual Standar TSI untuk Lelaki	135
Jadual. 3.5. Penetapan Tinggi Rendah Tahap Trauma mengikut Standar TSI untuk Perempuan	135
Jadual.3.6. Pemarkahan Bahagi Skala Validiti Indikator ATR	135
Jadual. 3.7. Pemarkahan Bahagi Skala Validiti Indkator RL	136
Jadual. 3.8. Pemarkahan bahagi Skala validity Indikator INC	136
Jadual 3.9. Profil Subjek Kajian Rintis	137
Jadual 3.10. Profil Pakar Yang Mensemak Instrumen TSI Bahasa Indonesia	140
Jadual 3.11. Profil Subjek Kunci Mengikut Wilayah, Jantina, Status, Umur	145
Jadual 3.12. Profil Subjek Kajian Mangsa Konflik Bersenjata dan Tsunami	148
Jadual 3.13. Kekuatan Nilai Pekali Korelasi	150
Jadual 4.1. Profil Subjek kajian	157
Jadual.4.2. Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan	158
Jadual.4.3. Tahap Respon Skala validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jantina	159
Jadual 4.4. Hasil Ujian ANOVA Kesan Trauma SkalaValiditi Indikator ATR. RL dan INC Berdasarkan Wilayah, Jenis Trauma dan Jantina	161

Jadual 4.5 Perbezaan Tahap ATR Mengikut Jantina	161
Jadual 4.6 Perbezaan Tahap RL Mengikut Jantina	162
Jadual 4.7 Perbezaan Tahap INC Mengikut Jantina	162
Jadual 4. 8 Perbezaan tahap respon ATR mengikut Sumber Trauma	163
Jadual 4.9. Ujian <i>Post Hoc</i> mengenai perbezaan tahap ATR mengikut sumber trauma	163
Jadual 4.10. Perbezaan Tahap RL mengikut Sumber Trauma	164
Jadual 4.11. Ujian <i>Post Hoc</i> mengenai perbezaan tahap RL mengikut sumber trauma	164
Jadual 4.12 .Perbezaan Tahap INC mengikut Sumber Trauma	165
Jadual 4.13 . Ujian <i>Post Hoc</i> mengenai perbezaan tahap INC mengikut sumber trauma	165
Jadual 4.14. Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi Validiti Berdasarkan Wilayah	166
Jadual 4.15. Ujian <i>Post Hoc</i> Perbezaan Respon Antara Kabupaten pada Dimensi Validiti Indikator ATR, RL dan INC	166
Jadual 4.16. Hubungan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Validity dan Klinikal <i>Trauma Symtom Inventory</i> (TSI)	167
Jadual 4.17. Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap ATR	169
Jadual 4.18. Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap RL	170
Jadual 4.19. Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap INC	170
Jadual 4.20. Hasil Ujian ANOVA Kesan Trauma Ke atas Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA.D.AI di lihat berdasarkan wilayah. sumber trauma dan jantina	172
Jadual 4.21. Hasil Ujian ANOVA ke atas dimensi PTSD pada Indikator IE. DA dan DIS dilihat berdasarkan pada wilayah, sumber trauma dan jantina	173
Jadual 4.22. Hasil Ujian ANOVA pada dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> indikator SC dan DSB di Lihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina	174

Jadual 4.23 . Hasil Ujian ANOVA ke Dimensi <i>Self Dysfunction</i> pada Indikator ISR dan TRB di lihat dari Wilayah, Sumber Trauma dan jantina	175
Jadual .4.24. Kesan Trauma Skala klinikal pada dimensi <i>Dysphoric Mood</i> indicator AA, D dan AI dilihat Berdasarkan Jantina	176
Jadual 4.25. Tahap Trauma Skala Klinikal Pada Dimensi PTSD indicator IE, DA dan DIS dilihat dari jantina	177
Jadual. 4.26. Kesan Trauma Skala Klinikal Pada dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Pada Indikator SC dan DSB	178
Jadual 4.27. Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB Dilihat Dari Jantina dan Wilayah	179
Jadwal 4.28. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA dilihat Dari Jantina dan Wilayah	180
Jadual 4.29. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator D dilihat Dari Jantina dan Wilayah	180
Jadual 4.30. Tahap trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AI dilihat Dari Jantina dan Wilayah	181
Jadual 4.31. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator IE dilihat Dari Jantina dan Wilayah	182
Jadual 4.32. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator DA dilihat Dari Jantina dan Wilayah	182
Jadual 4.33. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator DIS dilihat Dari Jantina dan Wilayah	183
Jadual 4.34. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dilihat Dari Jantina dan Wilayah	184
Jadual 4.35. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator DSB dilihat Dari Jantina dan Wilayah	185
Jadual. 4.36. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Indikator ISR dilihat Dari Jantina dan Wilayah	186
Jadual. 4.37. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Indikator TRB dilihat Dari Jantina dan Wilayah	187
Jadual 4.38. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA, D dan AI dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma	188
Jadual. 4.39. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS Dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma	189

Jadual. 4.40. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan dsb dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma	190
Jadual. 4.41. Kesan Trauma Skala Klinikal Pada Dimensi Self Dysfunction indicator ISR dan TRB Dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma	191
Jadual .4.42 Perbezaan Tahap Trauma Pada Indikator Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA.D.dan AI, Berdasarkan Wilayah	192
Jadual 4.43. Hasil Ujian <i>Post hoc</i> Perbezaan wilayah ke atas Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> pada Indikataor AA. D dan AI	193
Jadual. 4.44. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal PTSD Indikator IE. DA. DIS Berdasarkan Wilayah	194
Jadual 4.45. Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> perbezaan trauma pada dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS Berdasarkan Wilayah	195
Jadual 4.46. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan DSB Berdasarkan Wilayah	195
Jadual 4.47. Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> perbezaan Trauma pada dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> indikator SC dan DSB Berdasarkan Wilayah	196
Jadual 4.48. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Wilayah	197
Jadul 4.49. Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> perbezaan Trauma dimensi <i>Self Dysfunction</i> indikator ISR an TRB Berdasarkan Wilayah	197
Jadual 4.50. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA, D dan AI, Berdasarkan Sumber Trauma	198
Jadual 4.51. Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> Perbezaan Trauma Skala Klinikal <i>Dysphoric mood</i> Indikator AA. D dan AI. Berdasarkan Sumber Trauma	199
Jadual 4.52. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal PTSD Indikator IE. DA dan DIS, Berdasarkan Sumber Trauma	199
Jadual 4.53. Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> Perbezaan Trauma Pada Dimensi PTSD Indikator IE.DA dan DIS, Berdasarkan Sumber trauma	200
Jadual 4.54. Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Pada Indikator SC dan DSB, Berdasarkan Sumber Trauma	200
Jadual 4.55. Hasil Ujian <i>Post hoc</i> atas perbezaan tahap trauma pada dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan DSB	201

Jadual 4.56. Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Sumber Trauma	201
Jadual 4.57 Hasil Ujian <i>Post Hoc</i> Perbezaan Trauma Pada Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Sumber Trauma	202
Jadual 4.58. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA.D. dan AI, Berdasarkan Jantina	202
Jadual 4.59. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal PTSD Indikator IE.DA dan DIS, Berdasarkan Jantina	203
Jadual 4.60. Perbezaan Trauma Pada Skala Klinikal <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan DSB Berdasarkan Jantina	204
Jadual 4.61. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal <i>Self Dysfunction</i> Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Jantina	204
Jadual 4.62. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> indikator AA. D. AI	205
Jadual 4.63. Ujian Korelasi Wilayah. Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator IE.DA dan DIS	206
Jadual 4.64. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan DSB	206
Jadual 4.65. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinikal <i>Self Dysfunction</i> Indikator ISR dan TRB	207
Jadual 4.66. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator AA.D dan AI	207
Jadual 4.67. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi PTSD pada Indikator IE.DA dan DIS	208
Jadual 4.68. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal <i>Sexual Dysfunction</i> Indikator SC dan DSB	208
Jadual 4.69. Hasil Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Indakator ISR dan TRB	209
Jadual 4.70. Hasil Ujian Regresi Sumber Trauma Ke atas Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA. D dan AI	209
Jadual 4.71. Hasil Ujian Regresi Sumbangan Sumber Trauma Ke atas Skala Klinikal dimensi PTSD Indikator IE . DA dan DIS	210
Jadual. 4.72. Hasil Ujian Regresi Ke atas Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> pada Indikator SC dan DSB	211

Jadual 4.73. Hasil Ujian Regresi Ke atas Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> pada Indikator ISR dan TRB	211
Jadual 4.74. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Pada Indikator AA.D dan AI	212
Jadual 4.75. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal Dimensi PTSD Pada Indikator IE. DA dan DIS	212
Jadual 4.76. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala klinikal Dimensi <i>Sexual dysfunction</i> pada indikator SC dan DSB.	213
Jadual 4. 77. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Pada Indikator ISR dan TRB	214
Jadual 5.1. Perbezaan Kecamatan, Kemukiman dan Jumlah Desa.	221
Jadual 5.2. Jumlah Kes Gangguan Jiwa Berdasarkan Wilayah Tahun 2010 dan 2011 di Provinsi Aceh	248

## SENARAI RAJAH

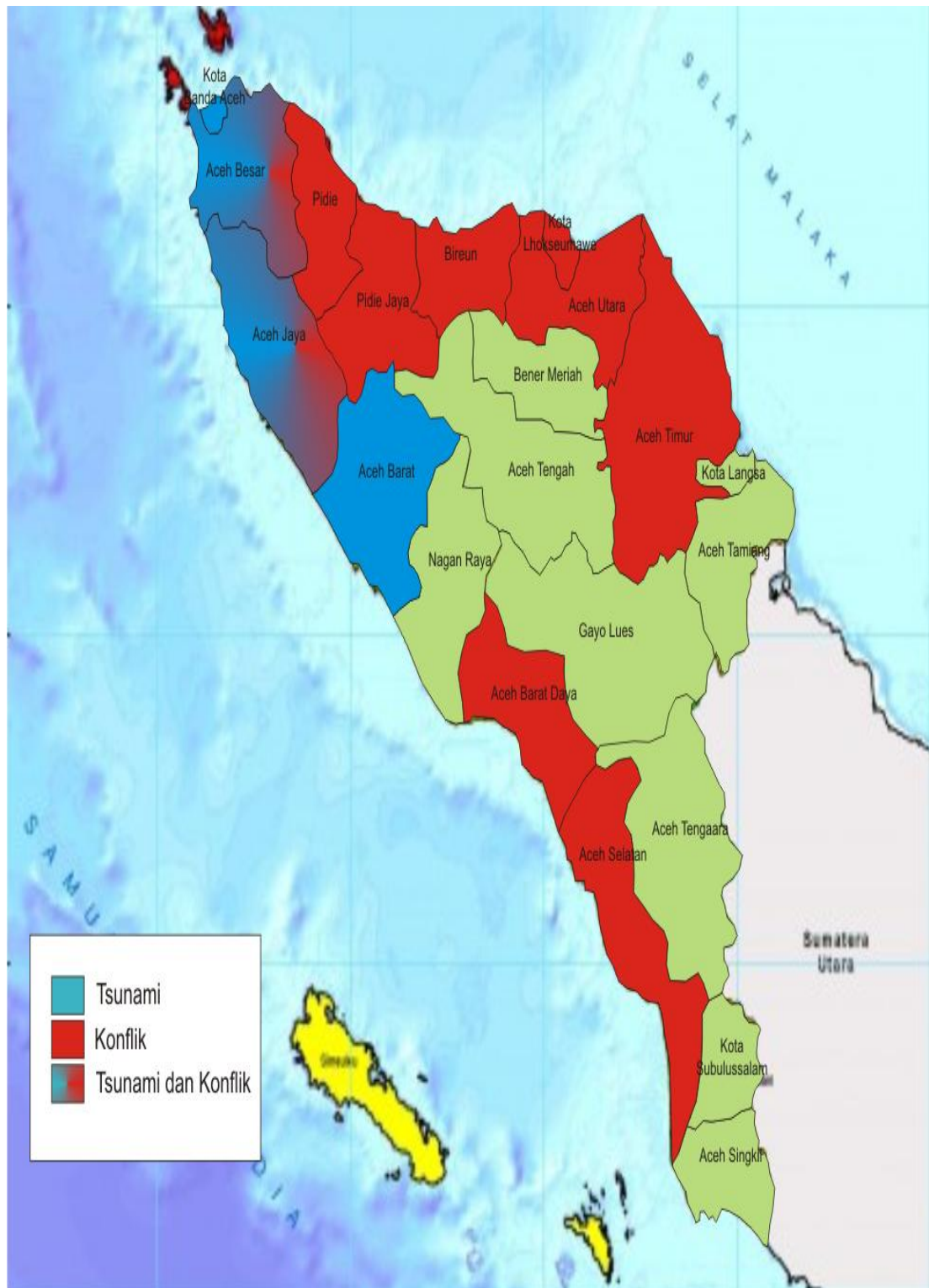
No Rajah	Halaman
Rajah .1.1 Kerangka Konsep Kajian	25
Rajah .2.1. Proses Lahirnya Respons Trauma Menurut Scott,J & Stredling,G (2001)	34
Rajah 2.2. Skema Proses Lahirnya Suatu Respon Normal	34
Rajah 2.3. Skema respon Normal, Mayor depressive dan PTSD Anisman et al.(2001)	58
Rajah 2.4. Model Intervensi Piramida Masyarakat Pasca konflik Berkekerasan	69
Rajah. 2.5 <i>Brain Structure Involved in Dealing With Fear and Stress</i>	97
Rajah.3.1. Skema Rancangan Penelitian Berdasarkan Modifikasi Tuckman	121
Rajah.6.1. W.E.R.J.E.M Fasilitator Moden	285
Rajah.6.2. Rancangan Skema Pendekatan W.E.R.J.E.M Fasilitator Moden	286



## SENARAI SINGKATAN

F	Keberangkali F
P	Probabiliti
<	Kurang daripada
>	Lebih daripada
M	Mean
N	Jumlah Sampel
SS	Derajah Kebesaran Tatal
TSI	Tauma Symptom Inventory
ATR	Atypical Response
RL	Response Level
INC	Inconsistent Response
AA	Anxious Arousal
D	Depression
AI	Anger Irritability
IE	Intrusive Experience
DA	Defensive Avoidance
DIS	Dissociation
SC	Sexual Concerns
DSB	Dysfunctional Sexual Behavior
ISR	Inpaired Self Reference
TRB	Tension Reduction Behavior
UPI	Universiti Pendidikan Indonesia
BAPEDA	Badan Perencanaan Daerah
NIMH	National Institute Mental Health
TPKJM	Tim Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat
BKKBN	Badan Kesejahteraan Keluarga Berencana Nasional

# Peta Tsunami dan Konflik di Aceh



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Kajian**

Aceh merupakan salah satu wilayah Republik Indonesia, yang penuh dengan pelbagai pergolakan, dari mula diistiharkan pernyataan perang Belanda terhadap Aceh, Jepun, sampai perang antara Aceh dan Pemerintah RI, yang menyakitkan rakyat seperti "Perang Cumbok" DI / TII, dan Gerakan Aceh Merdeka, serta kejadian musibah yang sangat dahsyat Gempa dan Tsunami 26 Disember 2004, yang menghancurkan ribuan rumah, pejabat, kemudahan am, juga nyawa dan harta benda.

Musibah tersebut akhirnya mendatangkan hikmah yang luar biasa untuk masyarakat Aceh, sehingga Pemerintah RI dan GAM bersetuju untuk melakukan perundingan dalam mengakhiri konflik yang sudah berlangsung sangat lama, lebih kurang 30 tahun. Pada 15 Ogos 2005 akhirnya terjadilah nota kesefahaman (MoU) antara GAM dan Pemerintah RI di Helsinki Finland, yang merubah sejarah kelam Aceh menuju ke arah yang lebih baik dengan keadaan keselamatan masyarakat yang berangsur-angsur pulih. Kondisi Aceh yang mula tenang tersebut, bukan bererti permasalahan masyarakat selesa setakat ini, tetapi banyak hal yang harus diperbaiki selepas perang, dari mula infra struktur, fizikal dan bahkan mental yang di sebabkan oleh pembakaran, kekerasan, penculikan, pembunuhan, perkosaan, penganiayaan yang dilakukan pada masa pertikaian yang begitu lama di bumi Aceh, sehingga banyak masyarakat merasa takut, marah, cemas, tertekan, depresi dan bahkan ada yang masuk hospital rawatan mental, kerana tidak tahan dengan semua peristiwa yang dialaminya.

Fikar (1999) menyatakan bahawa dari hasil laporan Komnas HAM dan Tim Carian Fakta yang dibentuk oleh Kerajaan Indonesia, di tiga wilayah di Aceh, iaitu: Pidie, Aceh Utara dan Aceh Timur, menyebutkan bahawa ramai orang diseksa sampai

mati, masyarakat dianiaya, hilang dalam penculikan, anak menjadi yatim, wanita dirogol, isteri menjadi janda, sekolah dibakar, rumah, kemudahan awam dirosakkan, pada masa penguatkuasaan Daerah Operasi Meliter (DOM) -I di Aceh. Kenyataan pahit yang berlaku di dalam masyarakat Aceh, belum begitu sempurna kerana hanya berdasarkan data pada waktu sebelum tahun 2000, sedangkan tahun selanjutnya pada masa pemberlakuan DOM-II, banyak yang belum ada data secara terperinci.

Kesan peristiwa tersebut di atas, menyebabkan, lebih kurang dua puluh ribu kanak-kanak di Aceh di kategorikan sebagai *Children Especially in Difficult circumstances*, di mana keadaan kesihatan yang buruk, pendidikan terancam, bahkan mereka menjadi objek eksploitasi dan sasaran keganasan, dan ribuan lainnya telah menjadi anak lorong, berhenti sekolah dan tidak mempunyai masa hadapan. Selanjutnya, Fikar (1999) menyatakan bahawa kanak-kanak yang mengalami kesulitan yang telah di katakan di atas harus di utamakan dalam pengkawalannya, agar mereka dapat hidup dan berkembang secara munasabah. Selain itu katanya kanak-kanak juga mempunyai beberapa hak yang perlu dan harus diberikan jaminan seperti: (1) hak kelangsungan hidup (*survival rights*), (2) hak perlindungan (*protection rights*), (3) hak untuk berkembang (*development rights*), (4) hak untuk berpartisipasi (*participation rights*), dan (5) hak untuk tidak dipisahkan dari orang tuanya (*shall not be separated form parents rights*), semua hak-hak anak tersebut telah diakui secara universal.

Kesemua tindakan kekerasan yang di alami kanak-kanak pada masa konflik bersenjata di Aceh, merupakan sekelumit masalah dari rentetan peristiwa yang memilukan hati pelbagai pihak, kerana kanak-kanak tersebut pada masa ini sudah tumbuh dan membesar menjadi remaja yang akan menjadi penerus bangsa dimasa hadapan. Mereka seharusnya memiliki fizikal dan mental yang kuat, tetapi dalam realiti sekarang ini, banyak remaja khususnya para mangsa konflik kurang memiliki

kecekapan intelektual, emosi yang stabil dan keseimbangan spiritual, kerana mereka tumbuh dan berkembang di dalam situasi yang tidak selesa. Kanak-kanak Aceh pada masa itu ramai tidak mendapatkan keperluan asas yang berkecukupan sehingga mereka kurang berkembang baik. Menurut Pertama (2004) yang mengutip pernyataan Maslow keperluan asas manusia secara umum adalah berjenjang, iaitu: keperluan fizik (*physiological needs*), keperluan rasa keamanan dan kesihatan (*security or safety need*), keperluan bermasyarakat (*social needs*), keperluan untuk menerima dan bekerja sama dalam kelompok (*affiliation or acceptance needs*), keperluan untuk di alukan-alukan dan dihargai (*esteem or status needs*) dan keperluan akan aktualisasi diri (*self actualization needs*).

Wilis (2004) mengutip pernyataan Sigmund Freud iaitu "*The root of adult behavior in early childhood impulses and unraveled the driving forces of mankind in their infantile beginning.*" Yang bermaksud bahawa perilaku orang dewasa ditentukan oleh kehidupan di zaman kanak-kanak, bahkan kehidupan kemanusiaan saat ini, ditentukan oleh permulaan masa kecil. Selain itu, Freud juga menyatakan bahawa "*the child is the father of man*" yang bermaksud zaman kanak-kanak merupakan ayah dari manusia.

Selain itu, Harlock (1997) menyatakan bahawa, teori Freud di atas dikuatkan lagi oleh Erikson, yang melakukan kajian klinikal sejak bayi hingga dewasa, kemudian menarik suatu kesimpulan bahawa zaman kanak-kanak merupakan gambaran awal manusia dari seorang manusia, di mana tempat kebaikan dan keburukan secara perlahan dan jelas akan berkembang dan mewujudkan dirinya. Pertumbuhan dan perkembangan akan terwujud secara optimum apabila disokong oleh pelbagai faktor, salah satunya adalah persekitaran, baik dalam keluarga, sekolah mahupun masyarakat. Lingkungan

yang kondusif akan melahirkan anak-anak yang normal secara intelektual, emosional dan spiritual sehingga boleh berkembang secara seimbang.

Namun persekitaran yang tidak kondusif atau carut marut seperti Aceh yang selalu berlaku keganasan, kerana konflik bersenjata maka boleh di indikasikan bahawa remaja sekarang merupakan anak-anak yang tumbuh dan berkembang dalam ketidak-stabilan emosional, sehingga berkemungkinan besar akan tumbuh menjadi anak yang agresif, mudah curiga, marah, tersinggung dan kepanikan yang melampau, disebabkan pada masa berlaku konflik, anak-anak mangsa kerap mengalami peristiwa mengerikan seperti rompakan, penganiayaan, penculikan, pemerkosaan, bahkan pembunuhan, dan ada juga terkena peluru sesat, dan semua kejadian tersebut telah mengheret mereka kedalam situasi yang tidak diinginkan, di tambah lagi pasca gempa dan tsunami ramai anak-anak hidup dalam buangan, suasana mencekam, rasa cemas, takut yang mendalam, kekawatiran yang panjang, mimpi buruk pada saat mereka tidur, bersekolah dengan beratapkan langit kerana rumah dan sekolah yang dibakar, orang tua dan keluarga yang hilang. Semua peristiwa tersebut tidak mudah untuk dilupakan oleh masyarakat.

Fenomena tersebut di atas, membolehkan mereka terkena gangguan secara fizikal, emosional, kognitif, afektif dan psikomotorik, sehingga boleh melukai psikologisnya atau yang kerap disebut trauma dalaman, yang akan berakibat buruk, pada perilakunya hari-hari: mereka boleh kehilangan kepercayaan diri dari persekitaran, kehilangan kuasa kreativiti, cenderung agresif, mudah curiga, dendam yang mendalam, perasaan hampa, merasa berbeza dengan orang lain, serta kehilangan harapan hidup, semua keadaan yang berlaku tersebut kerana anak –anak Aceh dinyatakan mengalami trauma.

Trauma ini merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merosakkan keseimbangan kehidupan manusia. Jarnawi (2007) menyatakan bahawa

apabila seseorang berlaku trauma, berkemungkinan aktiviti seluruh kehidupannya akan terhenti dan orang tersebut tidak lagi memikirkan masa kini dan masahadapan, melainkan secara tetap kehidupan yang dijalannya terserap untuk memikirkan masa lalu. Sukmaninggrum (2001) menyatakan bahawa anak merupakan salah satu mangsa yang paling rentan. Berbeza dengan orang dewasa, anak-anak dapat lebih cepat dan mudah merakam setiap peristiwa yang di alaminya, dan dengan kemampuan kognitifnya yang sederhana, anak akan menghayati kekerasan sebagai peristiwa yang terus berkesan dalam hidupnya, kerana anak belum mempunyai identiti dan strategi daya tindak terhadap tekanan yang di deritanya.

Ochberg (1988) menyatakan bahawa, respon emosional terhadap trauma psikologi yang dirasakan oleh anak, dapat dilihat melalui strategi daya tindak dan mekanisme pertahanan diri, kerana pada setiap tahap perkembangan, anak memiliki pola *coping* dan pertahanan diri yang berbeza-beza. Di usia awal, ketakutan anak dapat secara langsung kelihatan dan dinyatakan dengan cara menangis, gementar, atau memeluk orang tuanya erat-erat. Akan tetapi ketika anak semakin membesar mereka cenderung tidak memperlihatkan ketakutan dan kecemasannya. Selanjutnya ia menyatakan bahawa, mekanisme pertahanan diri yang paling asas yang dibangunkan oleh anak adalah: (1) introyeksi iaitu anak menginternalisasikan pengalaman luaran ke dalam diri; (2) pengenalan iaitu memasukkan ciri-ciri orang lain ke dalam diri; (3) menyangkal iaitu menukar realiti menjadi sesuatu yang diinginkan, dan (4) penindasan iaitu menekan perasaan dan ingatan, fikiran yang tidak di inginkan ke alam ketidaksadaran.

Sedangkan anak usia pertengahan lebih kerap menggunakan mekanisme pertahan diri dengan unjuran, *displacement*, reaksi formasi, menarik diri dan kerap tidak berdaya untuk melakukan apapun, kerana mereka mengalami penindasan terhadap

perasaannya. Pada asalnya setiap manusia sudah memiliki mekanisme penyesuaian dan pertahanan diri dalam menghadapi masalah, termasuk dalam menghadapi trauma, tetapi pada orang-orang tertentu ada yang tidak mampu melakukan, sehingga dalam waktu yang lama, masih menunjukkan kekawatiran yang berlebihan, dicekam oleh mimpi buruk, hilang kawalan dan bahkan kerap menunjukkan perubahan perilaku, misalnya dengan menjadi lebih penakut dan menghindari dengan hal-hal yang dapat mengingatkannya pada kejadian traumatik tersebut, membolehkan kanak-kanak berasa tertekan dan menjadi murung, sekiranya terus-menerus berlaku boleh mengakibatkan sakit mental.

Pelbagai gangguan di atas, oleh beberapa ahli di identifikasikan sebagai gejala (*symptom*) stres pasca trauma, atau kerap disebut dengan PTSD (*post Traumatic stress disorder*). Kaplan (1997) menyatakan PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidak-rintanan emosional, dan kilas balik dari pengalaman yang amat pedih dan stress, gangguan fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa. PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa Aceh, PTSD juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatik dengan tidak memandang usia dan jenis kelamin.

Gangguan ini, pada dasarnya terjadi akibat reaksi *amigdala* yang terlalu berlebihan dalam menanggapi suatu peristiwa. Goleman (1995) menyatakan bahawa, para ahli saraf menyatakan momen tersebut menjadi ingatan yang menghiasi rangkaian sirkuit emosi, kerana gejalanya tersebut adalah tanda-tanda amigdala yang terlalu banyak tergugah, sehingga memaksa ingatan yang hidup, di mana suatu peristiwa traumatik terus -menerus menerobos kesedaran. Dengan demikian ingatan traumatik itu menjadi pencetus-rambut mental siap membunyikan tanda bahaya, bila ada isyarat paling lemah bahawa momen yang menakutkan itu akan terjadi lagi.



Fenomena ini merupakan ciri khas dari pelbagai trauma emosional, termasuk akibat penganiayaan fizikal secara terus menerus pada masa kanak-kanak. Shapiro (1999) mengertikan trauma adalah pengalaman hidup, yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pemrosesan maklumat, untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu keadaan adaptif, sehingga persepsi emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dan pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. Oleh kerana itu trauma psikologi akibat konflik kekerasan yang di alami masyarakat Aceh, terutama anak-anak mangsa yang mendengar, melihat dan mengalami tindakan kekerasan dalam pelbagai bentuk akan berkesan kedalam kehidupan mereka

Fikar (1999) mengutip kenyataan salah seorang psikolog Nurjanah Nitura yang kerap melakukan penangan mangsa pasca trauma di Aceh, pada kenyataan symptom PTSD yang kerap di alami mangsa antara lain, dari segi emosional menunjukkan adanya kecemasan, ketakutan, kesedihan yang dalam, perasaan kehilangan, marah, kerap merasa tersinggung, kejutan dan lain-lain. Secara mental, menyebabkan lambat berfikir, kesulitan mengambil keputusan, kesukaran untuk menyelesaikan masalah, dis -orientasi tempat dan masa, kesulitan mengingat dan lain-lain. Sedangkan secara perilaku memperlihatkan kegelisahan, menarik diri dari lingkungan sosial, perubahan cara berbicara, perubahan selera makan, kerap terkejut sendiri, kerap berlaku letupan emosi, dan mimpi buruk. Bahkan menurut-nya, dada kerap sakit, detak jantung lebih cepat, sukar bernafas, sakit kepala atau gangguan tidur.

Sesuai dengan kenyataan di atas, Hughes (1991) menambah beberapa gejala yang kerap berlaku berupa *flash back* antara lain: perasaan hampa, dan kehilangan minat seperti: (1) *Persistent re-experiencing of the trauma through distressing nightmares or flash back*, ( 2) *Avoidance of reminders of the trauma, sometime with actual amnesia for the event. This may be accompanied by general feelings of detachment, loss*

*of interest or inability to feel emotion, (3) increased arousal, for example insomnia, irritability, an exaggerated startle response.*

Kesan trauma yang dirasakan anak-anak Aceh, akibat kekerasan yang di alami akan memberi luka dalaman secara psikologi, dan akan mempengaruhi perjalanan hidup di masa hadapan, apabila tidak dikawal dengan serius, maka mangsa akan menjadi penerus bangsa yang lemah secara fizikal, intelektual, emosional dan juga spiritual. Untuk pengendalian yang berkesan dan tepat sasaran, maka konselor professional harus mengetahui secara jelas peristiwa traumatik yang pernah di alaminya dalam masa konflik dan tsunami.

Oleh kerana itu, maka "kajian tentang trauma dalam kalangan remaja akibat mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh", sangat perlu dilakukan, kerana remaja itu adalah generasi penerus dimasa hadapan yang perlu dijaga kesihatan fizikal dan mentalnya. Kerana apabila mereka masih dalam keadaan trauma, maka hal seperti itu tidak akan dapat terwujud, dan ini penting agar dapat dicarikan pengkawalan yang berkesan untuk menghilangkan distress psikologi yang dialami pasca traumatic pada remaja, seperti kebimbangan (*anxiety*), kemurungan (*depression*), tekanan (*stress*) dan PTSD. Selain itu, remaja adalah penerus bangsa Aceh yang sangat diharapkan dapat memperbaiki dan memajukan dalam pelbagai sektor agar berjaya mencapai kesejahteraan. Namun apabila para generasi tersebut masih dalam keadaan trauma harapan tersebut tidak akan pernah wujud.

## **1.2. Isu dan Permasalahan Kajian**

Senjarah berpanjangan Aceh yang tidak henti-hentinya berlaku perang saudara baik secara vertikal maupun horizontal, yang telah membuat ramai masyarakat Aceh termangsa dalam setiap peristiwa tersebut. Al-Chaidar (1999) menyatakan rentetan peperangan dan konflik bersenjata yang berpanjangan berlaku di Aceh, seperti peristiwa

tahun 1946, yang terjebak dalam revolusi sosial yang mengorbankan 1500 rakyatnya, kemudian pada tahun 1953-1964, telah mengorbankan lagi rakyatnya seramai 4000 orang dalam peristiwa Darul Islam. Akbar Republika (19 Januari 1998), Aceh kembali terjadi konflik bersenjata antara GAM dan tentara (TNI), termangsa rakyat seramai 3500 orang.

Selain daripada itu, Aceh kembali mengalami peristiwa yang sangat dahsyat yang juga ramai masyarakat Aceh termangsa di dalamnya. Ahira (2004) menyatakan bahwa mangsa tsunami diilustrasi seramai 200.000 orang, sedangkan US Geological Survey dalam Wikipedia (2004) mencatat data hasil mangsa dalam bencana gempa dan tsunami di Indonesia, pada 26 Disember 2004, iaitu mangsa tewas seramai 126.915 orang, Luka-Luka seramai 100.000 orang, hilang seramai 37.063 orang dan kehilangan tempat tinggal seramai 517.000 orang. Sementara itu data jumlah mangsa tewas di propinsi Nanggroe Aceh Darussalam dan Sumatera Utara menurut Departemen Sosial RI (11/1/2005) adalah 105.262 orang. Sedangkan menurut kantor berita Reuters, jumlah mangsa tsunami diperkirakan seramai 168.183 orang, dengan mangsa paling banyak diderita Indonesia, 115.229 orang (Minggu 16/1/2005). Sedangkan total luka-luka seramai 124.057 orang, diperkirakan seramai 100.000 orang diantaranya, dialami rakyat Aceh dan Sumatera Utara. Kejadian tersebut disinyalir telah meninggalkan luka yang sangat dalam baik dari sisi fizikal mahupun mental kepada keluarga mangsa yang ditinggalkan.

*International Organization for Migration (IOM) -DSMH (2006)* mendapati hasil kajian psikososial terkait dengan tahap pengalaman trauma kerana konflik yang di derita masyarakat pada tiga wilayah Aceh iaitu : Pidie, Bireun, dan Aceh Utara dengan jumlah responden sebanyak 596 orang dari 30 desa, maka di dapati 78 % dari jumlah sample mengalami pengalaman perang, 38% melarikan diri dari bahaya, 8% wanita

kehilangan suami pada masa konflik. Selain itu 5% dari jumlah sample mengalami anak terbunuh, 41% ahli keluarga terbunuh, 33% ahli keluarga hilang atau diculik. 45% melaporkan harta benda hilang, 33% mengalami pemerasan. Kajian kedua pula IOM-DSMH (2007) pada wilayah pesisir utara, kluet Selatan di dapati pengalaman perang lebih tinggi iaitu 80%, 45 % melarikan diri dari bangunan terbakar, 61 % melarikan diri karena bahaya, 50% ahli keluarga dan teman terbunuh, 45% ahli keluarga yang diculik, 47% harta benda dirampas.

Hatta (2006)) mendapati anak-anak mangsa gempa dan tsunami pada 26 Disember 2004 di Aceh Besar, telah memberi kesan pada kecerdikan dan emosional, iaitu: Pada intelegensi memperlihatkan sedikit sebarang perubahan dalam kuasa tangkap kanak-kanak, kuasa olah dan bahkan daya simpan dari apa yang di dapat di sekolah. Apalagi sebahagian mereka menyatakan bahawa kerap sakit kepala bila belajar. Dari segi emosional juga terjadi sedikit sebarang perubahan pada anak-anak dalam melihat, merasakan dan mengaplikasikan perasaan mereka, walaupun sesuatu yang mudah mereka lakukan, seperti tersenyum, gembira, susah, senang. Kerana secara realiti mereka sukar menunjukkan reaksi emosinya, seperti gembira bila diberi hadiah, tersenyum, dan marah bila sakit hati, semua itu seolah-olah mereka tidak peduli.

Hatta (2009) mendapati hasil kajian perbezaan bentuk-bentuk trauma pada remaja mangsa konflik gempa dengan tsunami (Kajian pada remaja SMU Aceh Besar) (Lamteba, Lamtamot, Selimum, Montasik, Lampenerut) antara lain ; (1) banyak mangsa diperlakukan seperti binatang, mereka disuruh merayap dalam tanah beca yang di dalamnya penuh pasir dan batu krikil tajam dengan siku, dada dan lutut harus terheret dengan tanah; (2) melihat ayahnya di rendam dalam lumpur selama berjam-jam; (3) ada pula yang ditendang ditampar, di pijak diugut pakai senjata api, dibunuh ahli keluarga di depan mata; (4) mengalami gangguan seksual dan juga pemerkosaan pada ahli keluarga

perempuan. Sedangkan pada siswa-siswi SMU mangsa tsunami (Krung Raya, Leupung, Lhoknga, Baitussalam, Pekan Bada) pula antara lain: (1) tersepit dalam air dan runtuhannya konkrit dan kayu; (2) ada juga yang lari sambil berpegangan tangan dengan ayah dan ibu, yang kemudian dengan mata kepala melihat ayah dan ibunya hanyut dalam arus yang deras dan tajam; (3) ada pula yang melihat kakak dan abangnya tenggelam sambil meminta tolong; (4) ada juga yang terkurung lama dalam air, dan ketika sadar sudah di tempat yang ia sendiri tidak tahu; (5) ada pula yang berlari sekuat tenaga untuk menyelamatkan diri dan ketika kembali kerumah, mendapati rumah dan keluarganya sudah tiada.

Peristiwa traumatik dari konflik tersebut telah mempengaruhi mangsa dalam aktiviti sehari-hari, mangsa kerap mengaku sakit kepala, dan panik serta ketakutan bila mendengar suara letupan dan tanpa sengaja teringat kembali peristiwa yang menyakitkan pada masa konflik berlangsung, dan pada saat itu juga keluar peluh serta menggigil. Selain daripada itu mereka kerap berasa marah bila tanpa sengaja bersemuka dengan orang yang memakai baju askar, dan pada saat itu juga muncul perasaan membalas dendam, walaupun sebenarnya perkara tersebut sangat ingin dilupakan. Begitu pula peristiwa traumatik tsunami, juga telah mempengaruhi tingkahlaku mangsa mereka kerap berasa sangat ketakutan bila mendengar suara angin, gemuruh, bahkan ketika mendengar suara keras mikrofon, pada saat itu langsung berpeluh dan juga gemetar sambil berlari kesana kemari dengan paniknya, bahkan ketika mereka tiba-tiba ditanya mengenai keluarga, mereka langsung tertunduk dan memperlihatkan kesedihan yang sangat dalam.

Sedangkan reaksi emosional, dapat juga dikatakan remaja pelajar mangsa konflik juga menderita PTSD pada taraf gejala ringan, sehingga pihak sekolah terutama Guru kounseling menganggap mereka belum memerlukan penanganan yang profesional

untuk penyembuhannya. Namun apabila dilihat dari segi perbezaan dan persamaan peristiwa traumatik, mangsa konflik dan tsunami, dari bentuk peristiwa jauh berbeza, tetapi kesan yang ditimbulkan kedua-duanya hampir sama, iaitu sama-sama masih belum dapat melupakan kejadian-kejadian tersebut, bahkan ada yang mengganggu fikiran, perasaan dan kelakuan hari-hari seperti, tiba-tiba sangat takut pada orang yang memakai baju TNI, dan juga sangat takut, cemas bila mendengar suara gemuruh, angin, dan bahkan mikrofon, sehingga membuat tubuh gemetar, keluar peluh dingin dan sukar menumpukan diri dimanapun berada.

Dari segi pengendalian, ternyata mangsa gempa dan tsunami, mahupun mangsa konflik, belum ada pengkawalan khusus untuk mereka, baik dari NGO, mahupun dari kerajaan, tentang pengendalian psikisnya. Akan tetapi dalam bantuan perubatan percuma untuk luka-luka pada masa krisis ada dilakukan oleh beberapa NGO seperti PMI, PLAN, UNICEF, UNDP, AMK dan Lafager, tetapi hanya sebatas rawatan percuma dan bantuan perumahan. Dapatan hasil keseluruhan dapat dinyatakan peristiwa traumatik yang dialami oleh mangsa baik pada tsunami mahupun konflik sama-sama meninggalkan kecederaan dalam fizikal dan mental.

### **1.3. Tujuan Kajian**

Kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti kesan trauma, tahap trauma, perbezaan tahap trauma, dan adakah wilayah, sumber trauma, jantina berkorelasi dan memberi sumbangan keatas tahap trauma yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik bersenjata dan tsunami dan mangsa kedua-dua peristiwa tersebut di Aceh, untuk dapat dicarikan strategi penanganan serta kawalan khusus yang bersesuaian dan berkesan, sehingga kalangan remaja yang mengalami trauma dalam kehidupannya dapat pulih seperti sediakala dan menjadi remaja yang handal baik secara fizikal mahupun mental dalam membangun Aceh masa hadapan.

#### **1.4. Objektif Kajian**

Berdasarkan kenyataan di atas, maka objektif kajian ini secara umum difokuskan untuk mengenal pasti trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata dan tsunami di Aceh. Sedangkan secara khas objektif kajian ini dirumuskan iaitu:

- a. Kesan trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami yang berlaku di Aceh, dilihat pada setiap wilayah, sumber trauma dan jantina.
- b. Tahap trauma yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami di Aceh, dilihat pada setiap wilayah, sumber trauma dan jantina.
- c. Perbezaan tahap trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata berpanjangan dan tsunami di Aceh, dilihat pada setiap wilayah, sumber trauma dan jantina.
- d. Korelasi wilayah, sumber trauma dan jantina ke atas tahap trauma kalangan remaja pelajar yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami di Aceh.
- e. Sumbangan wilayah, sumber trauma dan jantina ke atas trauma kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami di Aceh.

#### **1.5. Soalan Kajian**

Berdasarkan objektif kajian di atas, maka pengkaji merumuskan soalan kajian ini adalah:

- a. Adakah konflik bersenjata yang berpanjangan dan peristiwa tsunami yang terjadi di Aceh telah mengkesan trauma ke atas kalangan remaja pelajar

Sekolah Menengah yang menjadi mangsa pada setiap wilayah, sumber trauma dan jantina?

- b. Setakat manakah tahap trauma yang dialami pada saat ini dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata yang berpanjangan, tsunami dan kedua peristiwa tersebut di Aceh yang dilihat dari wilayah, sumber trauma ?
- c. Adakah terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami di Aceh dilihat daripada pada wilayah, sumber trauma dan jantina ?
- d. Adakah wilayah, sumber trauma, dan jantina berkorelasi secara signifikan ke atas tahap trauma yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik bersenjata dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh ?.
- e. Adakah wilayah, sumber trauma dan jantina memberi sumbangan ke atas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata dan tsunami dan kedua peristiwa tersebut di Aceh ?.
- f. Adakah tahap skala validity mempengaruhi kesan trauma dalam kalangan remaja sekolah menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata dan tsunami dan kedua peristiwa tersebut di Aceh.

## **1.6. Hipotesis**

Berdasarkan hasil kajian lepas, dimana mangsa perang, perkosaan, bencana alam dan berbagai bentuk kekerasan lainnya yang terjadi di dalam berbagai belahan dunia ternyata telah memberikan kesan mendalam terhadap mangsa. Creamer, Burgess, dan McFarlane (2002) menyatakan: Peristiwa traumatis yang terjadi pada individu dan



kolompok boleh membuat 65% lelaki dan 50% perempuan mengalami trauma lebih dari satu macam. 12 bulan setelah itu tersebar munculnya PTSD 2% lelaki & 3% perempuan. Selain daripada itu, yang pernah mengalami peristiwa traumatis, dan juga boleh memunculkan gejala PTSD dalam rentang waktu 12 bulan sesudahnya, akibat: (1) Perkosaan 8.4% lelaki dan 9.2% perempuan, (2) Sexual molestation 11.8% lelaki dan 5.5% perempuan, (3) Pertempuran 4.7% lelaki (4) Kemalangan yang mengancam keselamatan 1.5% lelaki, dan 1.7% perempuan, dan (5) Bencana alam .3% lelaki, 1.3% perempuan.

Begitu pula hasil kajian IOM (2006 dan 2007) tentang keperluan psikososial dan kesihatan mental masyarakat yang terkena dampak mendalam akibat konflik tinggi antara angkatan bersenjata Republik Indonesia (ABRI) dengan Gerakan Aceh Merdeka (GAM) di beberapa wilayah di Aceh dengan menggunakan alat ujian 25 soalan versi Hopkins, dan *Harvard Trauma Questioner* (HTQ) yang terdiri daripada 42 butir pengukuran luas yang meliputi 16 butir yang digunakan untuk mengadap gangguan stres pasca trauma (PTSD). Disamping butir-butir soalan lain yang direka untuk merakam wacana-wacana popular mengenai pengalaman yang mengganggu pasca-tsunami, mahupun konflik yang diintegrasikan dalam pengukuran kuantitatif, agar responden dapat menceritakan pengalaman mimpi buruk, dan suara-suara orang yang telah meninggal. Kajian tersebut dilakukan keatas 596 orang responden dewasa berusia 17 tahun lebih yang dipilih secara rawak daripada 30 kampung tempat penyelidikan dilakukan.

Dapatan kajian menunjukkan: Pertama, 78% daripada keseluruhan sampel melaporkan telah mengalami pengalaman perang, 38% mengalami peristiwa di mana mereka harus melarikan diri dari bahaya, 8% wanita telah kehilangan suami akibat konflik, 5% dari keseluruhan sampel memiliki anak yang terbunuh, 41% sampel melaporkan mempunyai ahli keluarga atau teman yang terbunuh, 33% melaporkan

keluarganya atau temannya di culik atau hilang, 45% melaporkan harta mereka disita atau dimusnahkan, dan 33% mengalami pemerasan atau perampasan;

Kedua Para lelaki melaporkan kekerasan fizikal yang secara signifikan lebih tinggi berbanding wanita iaitu: (1) 56% lelaki dan 20% wanita melaporkan telah mengalami penganiayaan, (2) 36% lelaki dan 14% wanita melaporkan telah diserang dengan menggunakan senjata api atau pisau, (3) 25% lelaki dan 11% wanita melaporkan telah diseksa, (4) 19% lelaki dan 5% wanita melaporkan telah dikurung, (5) 65% lelaki dan 45% wanita dipaksa menyaksikan kekerasan fizikal terhadap orang lain. Walau tingkat kekerasan seksual yang dilaporkan telah dilakukan terhadap wanita rendah, yang sebahagian disebabkan oleh stigma para wanita mengalami serangan fizikal dari kombatan lelaki dalam bentuk kekerasan gender, disamping itu pengalaman yang kerap terjadi adalah rumah-rumah mereka dijarah dan dimusnahkan;

Ketiga, Para responden di Bireuen dan Aceh Utara melaporkan peringkat peristiwa traumatik mahupun gejala psikologi yang jauh lebih tinggi dari pada responden adalah Pidie dan Bireuen 85%, Aceh Utara 78%; mengalami peperangan Pidie dan Bireuen 66%, Aceh Utara 40%; mempunyai ahli keluarga dan teman terbunuh Pidie 21%, Aceh Utara 22%, Bireuen 14%; ditangkap, ditahan oleh salah satu pihak pada masa konflik 4% ;

Keempat, Ramai warga menyatakan kesulitan dalam memenuhi keperluan keluarganya 85%, sukar mendapatkan pekerjaan 90%, kesukaran dalam memulakan semula aktiviti mata pencaharian selama masa pasca konflik 71%, kekuatiran cukupnya persediaan makanan 72%, kebimbangan memiliki rumah yang layak 59%;

Kelima, 47% responden melaporkan telah melihat para pelaku kejahatan dan kekerasan sebagai sumber rasa stres yang berterusan, 30% mengalami serangan atau

ancaman fizikal dan psikologi, dan 21% mengalami rompakan sejak ditandatanganinya nota kesefahaman dan dapatan lain yang sangat;

Keenam, gejala stres pasca trauma, menunjukkan bahawa 65% daripada keseluruhan sampel menduduki kedudukan tinggi pada skala depresi, 69% pada skala kecemasan, dan 34% pada skala gejala PTSD;

Ketujuh, 48% lelaki muda melaporkan gejala depresi berat yang sangat tinggi, 24% Lelaki-lelaki yang paling tua, dan 25% lelaki-lelaki muda, 33% wanita-wanita yang paling tua melaporkan tahap gejala PTSD yang sangat tinggi dan sebagainya.

Berdasarkan hasil dapatan kajian tersebut di atas, pengkaji mensyaki walaupun peristiwa traumatik konflik bersenjata, dan tsunami telah lama berlaku dalam wilayah Aceh, pengkaji meyakini bahawa kesan dari kejadian traumatik tersebut masih wujud dalam masyarakat Aceh terutamanya dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa. Kerana itu pengkaji membina 12 hipotesis sebagai berikut:

#### **Hipotesis Satu:**

(Ho.1) meramalkan tiada terdapat kesan trauma yang signifikan pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

(Ha.1) meramalkan terdapat kesan trauma yang signifikan pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

#### **Hipotesis Dua:**

(Ho.2) meramalkan tiada terdapat perbezaan tahap trauma yang signifikan respon ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa

konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada wilayah, sumber trauma dan jantina.

(Ha.2) Meramalkan terdapat perbezaan tahap trauma yang signifikan respon ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh dilihat berdasarkan pada Wilayah, sumber trauma, dan jantina.

### **Hipotesis Tiga:**

(Ho.3) meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah, sumber trauma dan jantina keatas respon indicator ATR, RL dan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

(Ha.3) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah, sumber trauma dan Jantina keatas indicator ATR, RL dan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

### **Hipotesis Empat:**

(Ho.4) meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

(Ha.4) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis Lima:**

(Ho.5) Meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

(Ha.5) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis Enam:**

(Ho.6) meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

(Ha.6) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis Tujuh:**

(Ho.7) meramalkan tiada terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh.

(Ha.7) meramalkan terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh.

**Hipotesis Delapan:**

- (Ho.8) konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut. Perkara ini boleh dilihat dari wilayah, jenis trauma dan jantina;
- (Ha.8) konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh telah mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut. hal ini boleh dilihat dari wilayah, jenis trauma dan jantina.

**Hipotesis Sembilan:**

- (Ho.9) tahap trauma pada skala klinikal yang dialami remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami yang terjadi di Aceh berada pada taraf rendah pada semua wilayah. jenis trauma dan jantina ;
- (Ha.9) tahap trauma pada skala klinikal yang di alami remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami yang terjadi di Aceh berada pada taraf tinggi pada semua wilayah, jenis trauma dan jantina.

**Hipotesis Sepuluh:**

- (Ho.10) tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dilihat daripada wilayah, sumber trauma, dan Jantina;
- (Ha.10) terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal yang dialami kalangan remaja Sekolah Menengah di Aceh yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dilihat daripada wilayah, sumber trauma dan Jantina.

**Hipotesis Sebelas:**

(Ho.11) wilayah, sumber trauma dan jantina tiada berkorelasi secara signifikan dengan tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa kedua sumber trauma konflik dan tsunami di Aceh.

(Ha.11) wilayah, sumber trauma dan jantina berkorelasi secara signifikan dengan tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa keduanya di Aceh.

**Hipotesis Duabelas:**

(Ho.12) wilayah, sumber trauma dan jantina tiada memberi sumbangan yang signifikan keatas tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa keduanya.

(Ha.12) wilayah, sumber trauma dan jantina memberi sumbangan yang signifikan keatas tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik. tsunami dan mangsa keduanya.

**1.7. Kepentingan Kajian**

Dapatan kajian ini sangat penting kerana: (1) boleh memberikan maklumat kepada pelbagai pihak seperti: Pemerintah Aceh, Pentadbiran Pendidikan Propinsi Aceh, Pentadbiran Pendidikan Kabupaten, dan Pentadbiran Sekolah menengah, Asosiasi Bimbingan Kaunseling Indonesia (ABKIN), Persatuan Guru Republik Indonesia (PGRI); (2) boleh digunakan untuk landasan dalam membuat perancangan tajuk dan aktiviti pembelajaran yang bersesuaian dengan keadaan dan situasi mangsa; (3) boleh untuk dijadikan bahan pertimbangan bagi pihak kementerian pendidikan Indonesia (DIKTI) dalam membuat undang-undang pembelajaran terkait dengan persoalan trauma; (4) boleh memberikan pertimbangan dan perhatian dari pihak sekolah, sehingga

dapat mengisytiharkan program yang berjaya untuk melaksanakan layanan bimbingan konseling trauma pada semua sekolah di Indonesia khususnya Aceh.

### **1.8. Batasan Kajian**

Mengingat peristiwa traumatik sangat banyak di Aceh mula dari perang Belanda, Jepun, DI/TII, dan sampai dengan konflik antara RI dan Gerakan Aceh Merdeka (GAM), maka objek kajian ini hanya menumpukan kepada konflik bersenjata yang terjadi antara GAM dan TNI pada masa Daerah Operasi Militer (DOM). Bencana yang terjadi juga sangat banyak, seperti banjir bandang, tanah runtuh, tsunami, maka kajian ini hanya mengkaji pada bencana tsunami yang berlaku pada tarikh 26 Disember tahun 2004 sahaja.

Begitu pula mangsa yang mengalami trauma dalam wilayah Aceh sangat ramai baik dari kanak-kanak, remaja, dewasa, dan bahkan warga emas juga mengalaminya, oleh kerana itu, pengkaji lebih berminat mengkaji trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa sahaja, yang berada dalam wilayah konflik bersenjata antara GAM dan TNI yang berlaku sangat tinggi, dan juga wilayah yang mengalami tsunami yang paling teruk.

Pemilihan ini didasarkan pada asumsi bahawa ketika konflik bersenjata dan tsunami berlaku, golongan ini masih kanak-kanak, dan sekarang mereka telah tumbuh menjadi remaja, akan tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala yang berbeza dengan orang lain, seperti tertekan, murung, berasa cemas yang berlebihan, mudah mencurigai pada orang asing, mudah marah dan naik angin serta cepat berasa tersinggung dan suka bertindak balas secara agresif.

### **1.9. Definisi Istilah**

Beberapa istilah telah diguna pakai dalam kajian ini dan akan diterangkan dari segi definisi operasionalnya bagi menjelaskan makna istilah dalam penyelidikan yang dijalankan. Penerangan makna istilah tersebut adalah seperti berikut:



### 1.9.1. Trauma

Cavanagh (1982) mentakrifkan trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka atau perasaan sakit. *Mental Health Channel* (2004) mendefinisikan trauma sebagai suatu luka atau perasaan sakit berat akibat suatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang langsung maupun tidak langsung, baik luka fizikal maupun psikis ataupun kombinasi dari keduanya. Cristie (2000) trauma adalah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri boleh menimpa sesiapa sahaja samaada individu ataupun kumpulan masyarakat, tidak mengira bangsa, taraf sosial ekonomi, lokasi tempat tinggal atau faktor demografi lainnya. Choy (1998) menyatakan trauma adalah kecederaan fizikal akibat sesuatu kemalangan atau gangguan mental akibat sesuatu pengalaman pahit (*traumatic*). Jarnawi (2007) menyatakan bahawa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merosakkan keseimbangan kehidupan manusia. Goleman (2000) mengutip pernyataan Sigmund Freud bahawa apabila seseorang telah mengalami trauma, maka seluruh kehidupannya akan terhenti dan orang tersebut tidak akan lagi memikirkan masa kini dan masa hadapan, melainkan secara kekal kehidupan yang dijalannya terserap untuk memikirkan masa lalu. Shapiro (1999) juga menyatakan bahawa trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolahan maklumat psikis otak. Keseimbangan ini menghalang pengolahan maklumat untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf.

Jadi trauma yang dimaksud dalam kajian ini adalah peristiwa yang mengejutkan, menyedihkan, mengancam, diluar batas kemampuan dan kelaziman yang dialami remaja mangsa konflik, dan tsunami yang mengkesan dalam sistem saraf sehingga mengganggu keseimbangan psikis otak yang memunculkan symptom tidak lazim dalam

perilaku seperti kerap mengalami mengejut tiba-tiba, mimpi buruk, sedih berlebihan, cemas berlebihan, stres, depresi dan PTSD.

### **1.9.2. Konflik Bersenjata**

Choy (1998) mendefinisikan konflik adalah, kontradiksi, perselisihan atau pertentangan antara individu, idea, kepentingan dsb. Berkonflik berarti berbenturan, bertentangan (*to be in conflict*). Manakala senjata pula diertikan alat yang digunakan untuk berperang atau berlawan seperti pistol, sanapang (*arms, weapon- firearms*). Bersenjata berarti memakai senjata, terlengkap dengan senjata (*armed*). Jadi konflik bersenjata dalam kajian ini adalah benturan, kontradiksi, perselisihan atau pertentangan antara Gerakan Aceh Merdeka (GAM) dengan Tentara Nasional Indonesia (TNI) yang menggunakan senjata berupa pistol, sanapang, dan benda tajam lainnya.

### **1.9.3. Tsunami**

Choy (1998) mendefinisikan tsunami adalah ombak yang terbentuk akibat gempa bumi atau ledakan gunung berapi di dasar laut. Jadi tsunami dalam kajian ini adalah ombak besar yang terbentuk pasca gempa dan telah membumi-hanguskan sebahagian kabupaten yang berada dalam wilayah Aceh, seperti Aceh Besar, Aceh Jaya, Aceh Barat, dan Kota Banda Aceh. Sehingga dalam kejadian tersebut banyak termangsa nyawa dan harta benda masyarakat tempatan.

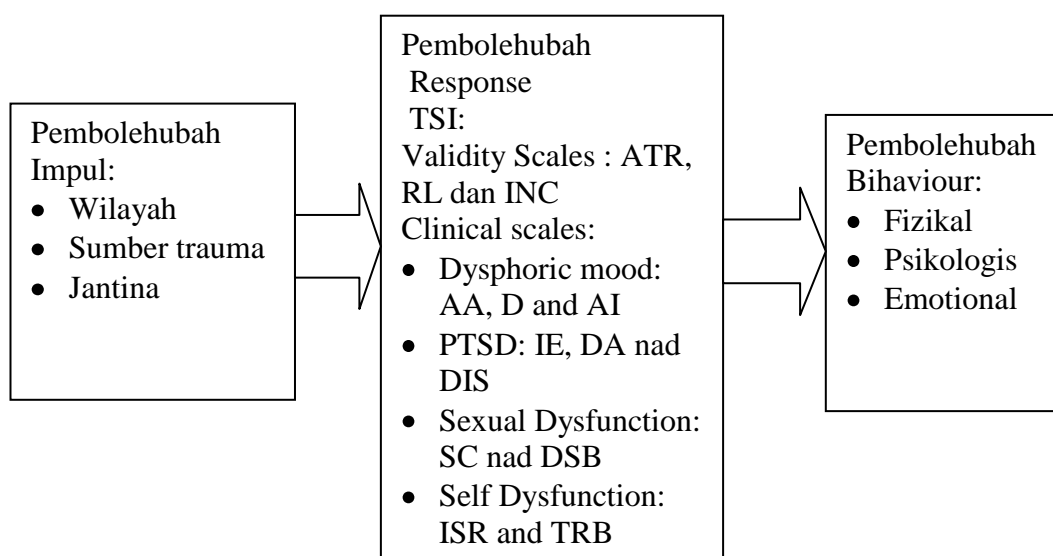
### **1.9.4. Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Tingkat Atas (SMA)**

Choy (1998) kalangan didefinisikan sebagai lingkungan, golongan (*circle or group of people*), manakala remaja diertikan mula dewasa, sudah aqil baligh (*adolescent*), belia (*young*). Pelajar diertikan siswa siswi baik lelaki mahupun perempuan di universiti (*undergraduate*). SMA adalah singkatan dari Sekolah Menengah Atas dalam sistem pendidikan Di Indonesia. Jadi kalangan remaja pelajar Sekolah menengah Atas (SMA)

dalam kajian ini adalah, golongan pelajar lelaki dan perempuan yang mula dewasa yang masih duduk dan belajar pada Sekolah Menengah Atas di Aceh.

### 1.10. Kerangka Konsep Kajian

Berdasarkan kajian pelbagai konsep respons stres pasca trauma, maka dirumuskan konseptual kajian ini kepada tiga pemboleh ubah iaitu: Pemboleh ubah Impul, pemboleh ubah respons dan pembolehkan perubahan perilaku, lihat Rajah 1.5 di bawah ini:



Rajah.1.1.Kerangka Konsep Kajian.

## **BAB II**

### **KERANGKA TEORITIKAL DAN SOROTAN LETERATUR**

#### **2.1 Pengenalan**

Tinjauan literatur di bawah ini merangkumi definisi trauma, jenis trauma, symptom trauma, kesan yang kerap muncul pada mangsa selepas peristiwa traumatik, kesan konflik pada psikologikal seperti: perasaan marah, kebencian, kekerasan, stress, depresi, kecemasan, pengkawalan trauma, kajian lepas, konsep pengkawalan pasca peristiwa traumatik seperti pada masa krisis, masa trauma dan pengawalan melalui Bimbingan dan konseling, psikoterapi dan lain-lain terkait dengan trauma.

#### **2.2. Definisi Trauma**

Shapiro (1999) menyatakan trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolohan maklumat psikologi otak. Keseimbangan ini menghalang pemprosesan maklumat untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. Jarnawi (2007) menyatakan bahawa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merosakkan keseimbangan kehidupan manusia. Cavanagh dalam Mental Health Channel (2004) menyatakan tentang pengertian trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit, tetapi juga kerap diertikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit teruk akibat sesuatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang langsung atau tidak langsung baik luka fizikal maupun luka psikis atau kombinasi kedua-duanya. Berat ringannya suatu peristiwa akan dirasakan berbeza oleh setiap orang, sehingga pengaruh dari peristiwa tersebut terhadap perilaku juga berbeza antara seseorang dengan orang lain. Oleh kerana itu, trauma merupakan luka yang di alami oleh seseorang, dikesan akibat suatu peristiwa yang tidak dijangka dan sangat

menakutkan, seperti ancaman pembunuhan, kemalangan, bencana alam, perang, dan kejadian-kejadian yang boleh membuat mangsa berasa ketakutan, kebimbangan yang melampau, tertekan dan murung. Peristiwa tersebut boleh menimpa sesiapa sahaja di dalam dunia ini baik yang berumur sifar tahun sampai dengan warga emas, apabila tidak dikawal dengan baik dan benar dapat menyebabkan gangguan fizikal dan juga psikis. *American Psychiatric Association* (APA) (2000) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.IV-TR)*, menyatakan ledakan trauma merangkumi salah satu atau dua daripada berikut, iaitu: (1) seseorang yang mengalami, menyaksikan atau berhadapan dengan kejadian ngeri yang menyebabkan kematian, kecederaan serius atau mengancam fizikal diri atau orang lain, (2) tindak balas individu terhadap ketakutan, rasa tiada harapan, horror (kanak-kanak mungkin mengalami kecelaruan tingkahlaku).

Webb (2004) menyatakan bahawa: (1) trauma ditakrifkan sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang yang boleh memberi kesan kepada fizikal dan psikologi seseorang sehingga membawa kesan kepada kehidupan seperti menurunnya tahap produktifiti dan aktiviti keseharian, (2) trauma berlaku kerana peristiwa pahit sama ada fizikal dan mental yang menyebabkan kerosakan serta merta kepada tubuh atau kejutan pada minda, (3) trauma berlaku kerana terdapat kebimbangan yang melampau atau kebimbangan yang traumatik oleh kesan fizikal dan psikologikal yang boleh menyebabkan gangguan emosi yang dicetuskan oleh peristiwa pahit yang akut, (4) trauma adalah peningkatan gejala tekanan (stress) yang menyebabkan gangguan emosi kepada kanak-kanak atau pelajar sekolah sehingga menyebabkan perubahan tingkahlaku, emosi dan pemikiran, (5) trauma juga dikatakan sebagai kecederaan tubuh yang disebabkan oleh tenaga fizikal dari luar seperti tembakan, kebakaran, kemalangan, tikaman senjata tajam, luka akibat bergaduh, dirogol, kecuaian teknologi dan sebagainya.

Sementara itu seorang psikiater di Jakarta, Roan (2003) menyatakan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau shock. Sedangkan trauma psikis dalam psikologi diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar. Everly dan Lating (1995) menyatakan bahawa trauma adalah peristiwa-peristiwa di luar kelaziman pengalaman manusia pada umumnya, yang terlihat sangat nyata dan jelas dan menyedihkan, sehingga menimbulkan reaksi ketakutan yang hebat, ketidak berdayaan, seram dan lain-lain. Ketegangan trauma biasanya seperti ancaman integriti fizikal yang dirasa seseorang dari seseorang yang sangat dekat. Pasca peristiwa traumatik, kejutan-kejutan yang keras akan menyebabkan berlakunya tekanan traumatik, dan mekanisme tekanan ini akan menguasai individu sehingga merasakan sesuatu tanpa pengharapan.

Menurut MSF- Holland (2001), trauma adalah suatu peristiwa yang bersifat mengejutkan dan tidak dijangka, situasi yang tidak biasa (diluar keseharian), menimbulkan rasa tidak berdaya, mengancam kehidupan, baik secara fizikal mahupun emosional. Sedangkan peristiwa traumatis mengikut Vikram (2003) adalah suatu peristiwa yang menyebabkan ketakutan dalam kehidupan seseorang dan menimbulkan stress yang negatif. Yule (1999) memaknai peristiwa traumatik sebagai "*.... an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, ...*". Hughes (1991) menjelaskan bahawa peristiwa yang boleh mencetuskan terjadinya trauma adalah cabaran serius terhadap kehidupan seseorang atau cabaran terhadap fizikalnya. Ancaman tersebut terjadi secara semulajadi atau kerana ulah manusia seperti kemalangan kapal terbang, pertembungan kereta api, kerusuhan dalam suatu perlawanan sukan, atau peristiwa yang mengancam keselamatan kanak-kanak, isteri, suami, mahupun kerabat dekat, pemusnahan secara tiba-tiba

terhadap rumah, atau melihat orang lain yang menjadi mangsa, atau bisa juga melihat terbunuhnya seseorang akibat suatu peristiwa, atau kekerasan.

Brewin et al. (2000) menyatakan faktor-faktor yang berisiko untuk mengalami PTSD adalah hidup dalam peristiwa trauma dan bahaya, mempunyai sejarah sakit mental, mendapat cedera, melihat orang cedera atau terbunuh, perasaan seram, tidak berdaya, atau ketakutan yang melampau, tidak mendapat sokongan sosial selepas peristiwa tersebut, berurusan dengan tekanan tambahan selepas peristiwa itu, seperti kesakitan kehilangan orang yang dikasihi, dan kecederaan, atau kehilangan kerja atau rumah. Gurvits et al. (2000) menyatakan faktor alam sekitar, seperti trauma kanak-kanak, kecederaan kepala, atau sejarah penyakit mental, boleh meningkatkan lagi risiko pada seseorang yang mempengaruhi pertumbuhan otak awal. Sementara itu, Charney (2004) menyatakan faktor yang dapat mengurangkan risiko PTSD adalah: Mencari sokongan daripada orang lain, seperti rakan-rakan dan keluarga, mencari kumpulan yang menyokong selepas peristiwa traumatik, perasaan yang baik mengenai tindakan sendiri dalam menghadapi bahaya, mempunyai strategi menghadapi keadaan yang buruk, atau mendapatkan pembelajaran daripada nya, kerana sebagian mampu untuk bertindak dan bertindak balas dengan berkesan walaupun perasaan takut. Everly (1993) berpendapat bahawa untuk benar-benar memahami sifat trauma psikologi dan PTSD, seseorang perlu mengkaji wujud dua faktor pilihan psikologi dan fenomena biologi. Flannery (1994) menyatakan tiga fungsi domain manusia yang menyumbang kepada kesihatan baik fizikal dan mental: penguasaan yang munasabah, menyanyangi orang lain, menentukan tujuan hidup yang bermakna dan penguasaan persekitaran yang munasabah dengan merujuk kepada keupayaan untuk membentuk dan memenuhi keperluan seseorang. Beberapa pakar menyatakan bahawa trauma psikologis mengacu pada dampak dari stressor ekstrem dan insiden kritis pada fungsi biologis dan psikologis individu. Proses dan akibatnya menjadi subyek yang memiliki pengawasan

ekstensif selama lima tahun terakhir. (American Psychiatric Association, 1994; Beall, 1997; Daniel, 1998; Dean, 1997; Everly & Lating, 1995; Flannery, 1994, 1998; Pynoos, 1994; Roth & Friedman, 1998; Sommer & Williams, 1994; Tomb, 1994b; Vander Kolk et al, 1996; Wilson & Raphael, 1993; Yehuda, 1998).

Pasca trauma biasanya akan memperlihatkan pelbagai gejala di luar kebiasaan orang pada umumnya. Kanak-kanak yang pernah mengalami trauma dan hidup dalam lingkungan yang mengancam atau berbahaya, mereka mungkin akan mengalami trauma berpanjangan yang boleh menghasilkan PTSD dan apabila berhadapan dengan trauma baru, mereka akan bertindak balas mengikut pengalaman lepas sebagai sumber kekuatan sehingga mampu menghadapinya. Kejadian kehilangan atau kepahitan yang berulang-ulang dalam diri seseorang akan meningkatkan kebolehan atau kemampuan seseorang menghadapi kesedihan dan kesengsaraan mental dan fizikal. Biasanya kesan psikologi akan terdapat seperti pengasingan diri, mengelak untuk mempertahankan diri daripada terkenang kembali secara terperinci tentang apa yang telah berlaku, terlalu berhati-hati dengan perkara-perkara yang seakan-akan terjadi tragedi dan menjadikannya trauma.

Seperti contoh kanak-kanak yang tinggal dalam zon peperangan sentiasa peka dengan bunyi senjata api walaupun mereka sedang tidur atau bermain, selain daripada itu bunyi botol miniral yang kosong apabila dipijak akan meletup dan letupan tersebut akan membuat kanak-kanak akan menyelamatkan diri atau meniarap untuk mengelakkan tertembak, kerana di dalam fikirannya setiap bunyi letupan itu pasti dari tembakan. Oleh kerana itu harus di bantu untuk menghilangkan pemikiran yang menghantui mereka seperti bunyi senjata api, sehingga berasa terbawa-bawa hingga mereka dewasa walaupun peperangan sudah tamat atau sudah berpindah kepada tempat yang selamat. Orang-orang yang hidup dengan pengalaman traumatik akan kerap



mengalami perasaan *flash back* daripada peristiwa yang berlaku. Trauma ini boleh dikatakan sangat berbahaya apabila di derita oleh individu, kelompok mahupun bangsa.

Pada saat kejadian traumatik di alami seseorang, ia akan memberi respon dan mengatasinya dengan mekanisme rekoveri yang dimilikinya sehingga tidak memberi kesan negatif, namun untuk sebahagian orang-orang kejadian itu tidak dapat diselesaikan dengan baik sehingga membekas dalam dasar hatinya dan menimbulkan perasaan luka atau sakit dalam jangka masa yang cukup lama dan berpengaruh kepada perilakunya yang disebut gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder*). Orang-orang yang mengalami keadaan ini akan mempunyai risiko yang sangat tinggi kepada kesihatan mental seperti tertekan, fobia, panik, anxiety, kemurungan dan obsesif kompulsif. Jadi bila dilihat dari sejarah, Aceh merupakan daerah yang berpanjangan mengalami pelbagai peristiwa trauma seperti konflik atau perang, perampasan, penindasan, rogol, pembakaran dan pelbagai peristiwa lain seperti bencana alam, gempa dan tsunami, yang membuat perasaan sakit, dan terluka, baik fizikal mahupun mental. Semua peristiwa tersebut dijangka ramai anak-anak, remaja, dewasa dan warga emas baik perempuan mahupun lelaki berasa trauma. Oleh kerana itu, perlu dilakukan kajian yang sungguh-sungguh untuk mengawal trauma berdasarkan pada konsep atau teori yang berlaku.

### **2.3. Proses Lahirnya Trauma .**

Spencer Eth, seorang psikiater anak yang mengambil pakar PTSD anak, (dalam Goleman, 2000) menyatakan bahawa, trauma itu adalah masuknya ingatan tentang keganasan yang menjadi focus utama, berupa pukulan, tusukan sebilah pisau, tembakan senjata. Ingatan merupakan pengalaman persepsi yang hebat terhadap penampakan. Sehingga mangsa yang kadang diam, tiba-tiba hysteria bila mendengar bunyi, atau bau mesiu, jeritan, muncratnya darah, mahupun terdengar sirene polis. Selain itu juga,

gangguan psikologi akibat kejadian traumatik, pada dasarnya timbul kerana terlalu mudahnya amigdala tergugah (stelan *amigdala* yang terlalu rendah). Chaplin (2001) menjelaskan bahawa *amigdala* merupakan suatu zat abu-abu yang terdapat dalam otak besar, fungsinya berasosiasi dengan pengawal terhadap tingkah laku agresif.

Selanjutnya Goleman (2000) menyebutkan bahawa pesakit trauma mengalami perubahan *litar limbic* yang terpusat pada *amigdala*, mempunyai lokus seruleus yang di dalamnya terdapat *katekolamin* yang mengandungi dua jenis bahan kimia iaitu: *adrenalin* dan *noradrenalina*. Dua zat kimia ini berfungsi sebagai mobilitisasi tubuh untuk menghadapi keadaan kecemasan (bertempur atau lari). Jadi pada pesakit trauma, sistem pada *amigdala* sangat aktif sehingga membuat *katekolamin* melepaskan bahan kimia otak dengan dosis yang berlebihan untuk memberi respons situasi-situasi yang terkadang tidak kecemasan atau tidak mengancam.

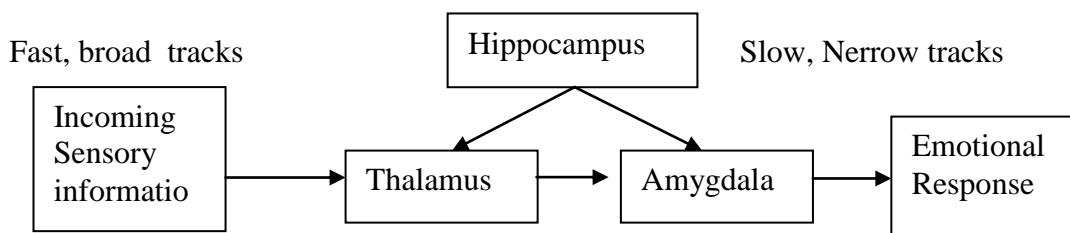
Dalam NN Fisiologi Kodokteran yang dikutip Jarnawi (2007) menyatakan bahawa apabila amigdala di hapuskan maka manusia akan fasif atau kelewat berani. Percubaan ini pernah dilakukan pada seekor monyet. Pada dasarnya monyet sangat takut pada ular, akan tetapi ketika amigdalanya di rosak, monyet tidak takut lagi pada ular, malah menghampiri dan memegang ular tersebut, bahkan ia memakannya. Jadi boleh dikatakan bahawa amigdala juga berfungsi sebagai pemberi isyarat rasa takut. Atau amigdala berperanan sebagai pemberi isyarat tanda bahaya yang membuat manusia mengeluarkan respon pertahanan dirinya melalui mengelak atau melawan. Apabila amigdala terlalu cepat tergugah, maka manusia menjadi terlalu waspada, penakut atau sangat agresif.

Sebaliknya apabila amigdala terlalu lambat memberikan isyarat, manusia akan tidak waspada, atau terlalu berani, yang pada akhirnya membawa kesan buruk yang boleh mencelakakannya. Individu dalam keadaan normal mempunyai reaksi amigdala

yang stabil (tidak terlalu cepat dan juga tidak terlalu lambat), berbeza dengan halnya individu yang telah mengalami trauma akibat peristiwa yang sangat mengguncang dan menyakitkan, maka respon amigdala terlalu cepat tergugah dan memberikan isyarat tanda bahaya berlebihan. Sehingga dengan kes yang kecil saja akan dipersepsikan sebagai sesuatu yang mengancam. Sebagai contoh kes seorang tentera Amerika veteran perang Vitnam, yang dikisahkan bahawa walaupun perang telah lama berakhir, setiap saat bayangan pahit yang berlaku dalam peperangan terus menghantuinya, maka ia kerap mengalami "*flash back*" oleh suatu peristiwa yang mirip pada masa perang. Contohnya ketika ada seseorang yang membanting pintu yang sedikit keras, langsung saja ia merunduk dengan penuh ketakutan, dan tubuhnya langsung mengeluarkan keringat dingin. Disini amigdalanya terlalu cepat tergugah oleh suatu momen yang mirip, sehingga suara dentuman pintu ia mentafsirkan sebagai suara letusan bom pada saat perang, sehingga ia memberikan respons menunduk sambil ketakutan dan keluar keringat dingin, kerana ia merasakan seolah-olah letupan bom itu mengenainya. Kes ini sangat berbeza dengan individu yang normal, ia akan memberi respons suara bantingan keras pintu dengan persepsi yang berbeza, iaitu ia akan bertanya suara apa itu, kemudian suara itu akan dicerna melalui fikiran dan akan meresponnya dengan melihat untuk memberi jawapan. Jadi bila di amati respons seseorang dalam menanggapi sesuatu peristiwa atau kejadian terlebih dahulu melalui beberapa tahapan proses.

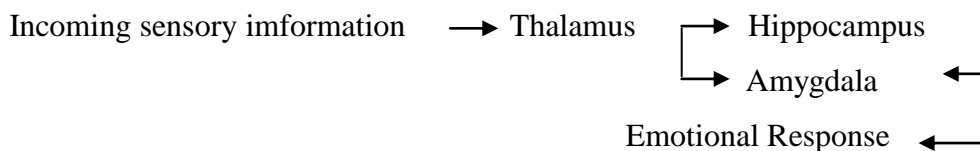
Sredling dan Scott (2001) menyatakan ada lima *ladders* (tahapan) proses yang terjadi pada individu yang normal, iaitu: bermula dari suatu peristiwa yang ditangkap oleh pancaindera, kemudian masuk ke *thalamus* (saraf mesej) yang menghantar maklumat secara bersamaan ke *amygdala* dan *hippocampus*, iaitu: bahagian *Cortex* otak yang bertanggung jawab dalam penempatan peristiwa-peristiwa yang terjadi, dan memberi jarak serta perbandingan mengenai peristiwa yang disimpan. Individu yang mengalami gangguan stress pasca trauma akan menunjukkan penurunan pada polume

*hippocampal* yang terdapat dalam *hippocampus*. Fungsinya akan melemah meskipun tidak kekal. Kemudian *hippokampus* memberikan penafsiran terhadap suatu peristiwa dan memberikan maklumat yang betul pada amygdala, lalu memberikan respons perlu tidaknya isyarat bahaya dihidupkan, akhirnya terjadilah respons emosional atau perilaku untuk menanggapi suatu peristiwa atau kejadian tertentu. Untuk lebih jelas lihat Rajah proses terbentuknya respons trauma di bawah ini:



Rajah . 2.1. Proses Lahirnya Respons Trauma Menurut Scott & Stredling (2001)

Sedangkan pada individu yang normal skema tahapan proses sampai terjadinya reaksi adalah sebagai berikut:



Rajah 2.2 Skema Proses Lahirnya Suatu Respon Normal.

Sesuatu kejadian yang tertangkap melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan sentuhan yang masuk ke dalam *thalamus*, yang berfungsi sebagai pemancar lalu dengan pantas dan bersamaan menghantarnya ke *amygdala* dan *hippocampus*. Di dalam *hippocampus* maklumat diproses secara perlahan, dan kemudian membuat tafsiran yang benar tentang apa yang terjadi, lalu di hantar ke *amygdala*, dan kemudian direspons sesuai dengan maklumat yang dihantar oleh *hippocampus*. Bila maklumat tersebut mengandungi unsur-unsur berbahaya, maka amygdala akan mengeluarkan "penggerak tanda bahaya" berupa *adrenalin* dan

*noradrenalina*, dan jika maklumat itu tidak berbahaya, maka amygdala secara automatik memadamkan penggerak tanda bahaya dan akhirnya terjadilah respons berupa menghindar atau melawan.

Pada individu yang mengalami trauma, fungsi *hippocampus* telah mengalami kerosakan sehingga tidak dapat memproses maklumat secara tepat, maka maklumat yang diberikan kepada amygdala juga akan salah, dan amigdala juga akan merespon secara salah dengan menghidupkan penggerak bahaya yang berupa *adrenalin* dan *noradrenalin* dalam dosis yang berlebihan, untuk menyahut satu perkara yang tidak begitu mengancam, kerana itu seseorang yang sudah mengalami peristiwa traumatik, ia akan bertindak balas dengan tidak wajar, dalam menyikapi suatu kejadian, seperti yang berlaku pada mangsa kekerasan di Bosnia, Nazi German, veteran perang Vitnam, dan lain-lain.

#### **2.4. Jenis-Jenis Trauma**

Vikram (2003) mentakrifkan ada beberapa jenis trauma yang dikenali, iaitu: (1) trauma personal (mangsa rogol, kematian orang tercinta, mangsa jenayah, dll) Perang dan keganasan, (2) trauma mayor (bencana alam, kebakaran, dll.), trauma mayor umumnya menyebabkan trauma pada sejumlah besar orang pada masa yang sama. Cavanagh (1982) mengelompokkan trauma berdasarkan kejadian traumatik iaitu: trauma situasional, perkembangan, intrapsikis dan eksistensial: (1) Trauma situasional adalah trauma yang disebabkan oleh situasi seperti bencana alam, perang, kemalangan kenderaan, kebakaran, rompakan, perkosaan, perceraian, kehilangan pekerjaan, ditinggal mati oleh orang yang dicintai, gagal dalam perniagaan, tidak naik kelas bahagi beberapa pelajar, dan sebagainya; (2) Trauma perkembangan adalah trauma dan stres yang terjadi pada setiap tahap perkembangan, seperti penolakan dari teman sebaya, kelahiran yang tidak diingini, peristiwa yang berhungan dengan kencan, bekeluarga, dan

sebagainya; (3) Trauma intrapsikis adalah trauma yang disebabkan kejadian dalaman seseorang yang memunculkan perasaan cemas yang sangat kuat seperti perasaan homoseksual, benci kepada orang yang seharusnya di cintai, dan sebagainya; (4) Trauma eksistensial iaitu trauma yang diakibatkan kerana kurang berjaya dalam hidup.

Selain daripada itu pengelompokan lain di lakukan mengikut pada jenis kejadiannya seperti kekerasan baik seksual mahupun perkataan, bencana alam, serangan binatang mahupun manusia, konflik atau peperangan. Ada juga yang mengelompokkan mengikut rentang waktu peristiwa yang di alami seseorang seperti *one-time* trauma iaitu trauma yang disebabkan satu kali peristiwa yang menyakitkan seperti bencana alam, rogol, rompakan, kemalangan lalu lintas, dan sebagainya. *Prolong trauma*, di akibatkan oleh tebusan, penculikan, pemenjarakan atau penyekapan. Penggolongan lain juga ada berdasarkan pada munculnya gejala-gejala gangguan stres pasca trauma, iaitu: *acute PTSD* bila gejala muncul di bawah tiga bulan selepas berlaku peristiwa traumatik, *cronic PTSD* bila gejala muncul selepas tiga bulan dari masa berlaku peristiwa traumatik, dan *delayed onset PTSD* bila gejala muncul selepas enam bulan dari masa berlaku trauma (Yahuda, 2002).

Chaplin (2001) menyatakan beberapa istilah yang berkaitan dengan trauma iaitu: (1) trauma, plural traumata adalah satu luka baik yang bersifat fizikal ataupun psikologis; (2) traumatic delirium (delirium traumatik) adalah satu keadaan delirium yang disebabkan luka di otak; (3) traumatic neurosis (neurosa traumatik) adalah satu neurosa disebabkan oleh suatu pengalaman yang luar biasa menyakitkan hati (4) traumatic psychosis (psikosa traumatik) adalah satu keadaan psikosis yang ditimbulkan oleh luka di otak. Orang-orang yang hidup dengan pengalaman traumatik akan kerap mengalami perasaan *flash back* daripada peristiwa yang berlaku. Oleh kerana itu trauma ini boleh dikatakan sangat berbahaya apabila di derita oleh individu, kelompok

mahupun bangsa. Orang-orang yang mengalami keadaan ini akan mempunyai risiko yang sangat tinggi kepada kesehatan mental, dan kalau tidak mendapat sokongan, pengkawalan yang baik dan bersesuaian mereka akan terus mengalami trauma berpanjangan.

## **2.5. Symptom Trauma**

Everly et al (1999) menyatakan bahawa ada beberapa gejala yang umum dari trauma psikologis dan PTSD, yaitu: (1) *Intrusive Symptoms* (gejala yang mengganggu) antara lain: (a) boleh mengalami kembali peristiwa dalam gambaran, pikiran, kenangan, lamunan dan mimpi buruk, (b) bertindak dan merasa seolah –olah peristiwa tersebut datang kembali, (c) secara simbolis mengingat kembali penderitaan yang di hadapi. (2) *Avoidance Symptoms* (gejala penghindaran) antara lain: (a) menghindari tempat dan pikiran simbolis dari trauma, (b) bermasalah dalam mengingat peristiwa, (c) kehilangan minat dalam aktivitas yang penting, (d) membatasi emosi, (e) merasa tidak ada masa depan. (3) *Arousal Symptoms* antara lain: (a) hypervigilance, (b) respon kaget berlebihan, (c) gangguan tidur, (d) kesulitan berkonsentrasi, dan (e) lekas marah atau ledakan marah. Williams dan Poijula (2002) menyatakan beberapa gejala PTSD iaitu: Jika reaksi terhadap peristiwa trauma tetap ada berterusan beberapa waktu atau terjadi setidaknya 6 bulan setelah individu mengalami peristiwa, artinya ia mengalami gangguan PTSD. Selanjutnya gejala-gejala lain ia telah mengadaptasikan dengan DSM-IV yang dikeluarkan APA (1994) adalah:

Pertama individu dikatakan mengalami peristiwa trauma bila dari dua hal berikut terjadi, ia merasakan, menjadi saksi, dikonfrontasi dengan peristiwa, terlibat ancaman kematian atau kecelakaan serius, atau ancaman terhadap fizikal seseorang atau orang lain. Responnya adalah ketakutan, perasaan tidak tertolong, kengerian atau persepsi dari peristiwa tersebut membuat seseorang dalam emosi. Kedua bila Individu mengalami

kembali peristiwa tersebut secara berulang sehingga terbayang kembali koleksi kejadian yang menyedihkan, tergambar dalam pikiran dan persepsi. Kerap mengalami mimpi yang berulang dan membuat stres. Bertingkah seolah-olah peristiwa trauma datang kembali, dan hidup melalui halusinasi atau flashback. Ketiga individu terus-terusan menolak benda/peristiwa yang berhubungan dengan peristiwa trauma, sehingga berusaha sungguh-sungguh untuk menghindari pemikiran, perasaan dan percakapan yang berhubungan dengan trauma, atau juga menghindari tempat, aktivitas yang boleh mengingatkan kembali pada trauma. Selain itu juga individu tidak dapat mengingat kembali aspek penting dari dirinya, ketertarikan, partisipasi dan aktiviti menjadi berkurang, dan merasa terlepas dan terasing dari orang lain.

Yahuda (2002) menyatakan karakteristik untuk menentukan telah mengalami peristiwa traumatik apabila dapat mencetuskan ketakutan, tidak berdaya, seram yang dapat mengakibatkan tindak balas kepada ancaman kecederaan dan kematian. Orang-orang yang terdedah kepada peristiwa-peristiwa tersebut adalah berisiko tinggi untuk PTSD, terutamanya kemurungan, gangguan panik, gangguan keresahan, dan penderaan berbanding dengan mereka yang tidak mengalami peristiwa traumatik. Selain itu juga akan mengalami gejala somatik dan penyakit fizikal, terutamanya hipertensi, asma, dan sindrom kesakitan kronik.

Dalam *Dianostic and Statistical Manual* (DSM IV) dirumuskan oleh APA, (dalam Stradling & Scot, 2001) iaitu, ada sejumlah kriteria yang dapat dilihat pada penderita gangguan stress pasca trauma dalam jadual 2.1 berikut ini:



Jadual 2.1 Kriteria Gangguan Stres Pasca Trauma (PTSD)

No	Diagnosa Gangguan	Ciri-Ciri
1	Seseorang telah diekspos pada suatu kejadian traumatis bila:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengalami, menyaksikan atau dikonfrontirkan dengan sebuah kejadian yang mengerikan seperti kematian yang mengganaskan, ancaman terhadap fizikal seseorang atau lainnya.</li> <li>• Respon seseorang diliputi meningkatnya intensitas rasa takut, ketidakberdayaan atau pun perasaan mengerikan.</li> </ul> <p>Nota: Pada anak-anak hal ini diekspresikan dengan perilaku yang tidak wajar/labil.</p>
2	Mengalami Kejadian traumatis secara konsisten, yakni dengan cara berikut:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berulangkali diganggu oleh kejadian yang menegangkan, termasuk pikiran, khayalan dan juga persepsi.</li> </ul> <p>Nota: Pada anak-anak akan diekspresikan dalam bentuk dan jenis permainan yang dilakoni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimpi berulang kali terjadi tentang kejadian yang menegangkan.</li> </ul> <p>Nota: pada anak-anak terjadi mimpi buruk yang tidak beraturan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkah laku seolah-olah kejadian traumatis sedang terjadi lagi (termasuk ilusi, halusinasi, dan kilas balik, juga saat bangun tidur atau sedang mabuk).</li> </ul> <p>Nota: pada anak-anak kejadian traumatis yang spesifik akan di ingat kembali saat mereka dewasa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internal Intensitas kejiwaan yang labil ketika memperlihatkan tanda-tanda internal dan eksternal yang menggambarkan suatu kejadian traumatis.</li> <li>• Reaksi kejiwaan pada saat memperlihatkan tanda-tanda internal dan eksternal yang menggambarkan suatu kejadian traumatis.</li> </ul>
3	Menetapkan suatu stimuli pengindaran yang mungkin timbul dan berkaitan dengan trauma (tidak ada sebelum mengalami trauma)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• upaya untuk menghindari ingatan, fikiran, perasaan atau pembicaraan yang berhubungan dengan trauma.</li> <li>• Upaya menghindari tempat-tempat kegiatan atau orang-orang yang dapat menimbulkan ingatan tentang trauma.</li> <li>• Ketidakmampuan penarikan kembali pelbagai aspek penting tentang trauma.</li> <li>• Mengurangi secara nyata ketertarikan atau peran serta yang signifikan dengan trauma.</li> <li>• Perasaan acuh atau mengucilkan diri dari keramaian.</li> <li>• Membatasi diri atau membuat jarak( tidak lagi memiliki perasaan mencintai).</li> <li>• Putus asa menghadapi masa depan (tidak ada keinginan untuk memiliki karir, perkawinan, atau</li> </ul>

	kehidupan yang normal).	
4	Gejala tetap yang mungkin timbul (tidak ada sebelum mengalami trauma) sebagaimana di indikasikan dalam 2 atau lebih gejala berikut:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengalami kesulitan untuk dapat tidur nyenyak</li> <li>• Cepat marah atau jika marah maka meledak-ledak</li> <li>• Sulit berkonsentrasi</li> <li>• Kecurigaan yang berlebihan</li> <li>• Respon kejut yang berlebihan</li> </ul>
5	Lama gangguan (gejala yang tercamtum dalam kriteria B,C dan D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lebih dari satu bulan</li> </ul> menentukan : Akut: jika durasi gejala-gejala itu kurang dari 3 bulan Kronis: jika durasi gejala-gejala yang timbul 3 bulan atau lebih.
6	Gangguan-gangguan itu menyebabkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketegangan klinis yang signifikan atau lemah dalam hubungan sosial, jabatan atau lingkup pekerjaan penting lainnya.</li> </ul>

---

Carter dan Byrne (t.t.) menyatakan bahawa PTSD adalah suatu gangguan yang mengikuti trauma berat yang dialami oleh seseorang yang dalam usahanya untuk pulih, mengembangkan gejala-gejala *re-experiencing* (mengalami kembali), *Avoidance* (menghindar) dan *arousal* (dengan terkejut). Walaupun gejala-gejala tersebut merupakan sebahagian daripada proses pemulihan, namun bila berlangsung dalam jangka masa yang panjang, boleh menjadi maladaptif bagi seseorang yang mengalaminya dan lingkungan sekitarnya. NIMH (2005) menyatakan PTSD adalah penyakit sebenar. Orang boleh mendapatkan PTSD selepas hidup melalui satu pengalaman yang mengganggu atau menakutkan.

Seseorang boleh mendapatkan PTSD selepas ia mengalami peristiwa seperti: Dirogol atau didera secara seksual; Hit atau dirosakkan oleh seseorang dalam keluarga anda atau seorang mangsa penjenayah ganas; Dalam kemalangan kapal terbang atau kereta; Dalam ribut taufan, puting beliung, atau kebakaran; Dalam peperangan; Dalam peristiwa di mana anda fikir anda mungkin akan dibunuh, atau selepas anda telah melihat mana-mana peristiwa-peristiwa. Jika anda mempunyai PTSD, anda kerap mempunyai mimpi buruk atau pemikiran menakutkan tentang pengalaman yang anda

lalui. Anda cuba untuk menjauhkan diri daripada apa-apa yang mengingatkan anda mengenai pengalaman anda dan mungkin berasa marah dan tidak mempercayai atau mengambil berat tentang orang lain. Anda sentiasa boleh berada dimana sahaja untuk untuk mendapatkan bahaya. Anda boleh berasa sangat kecewa apabila sesuatu yang berlaku tiba-tiba atau tanpa amaran

## **2.6. Kesan Trauma Yang Kerap Muncul Pada Mangsa**

Trauma yang berpanjangan dialami seseorang dapat mengakibatkan beberapa reaksi pada penderitanya, iaitu: (1) PTSR (*Post-Traumatic Stress Reaction*) atau Reaksi Stres Pasca Peristiwa Traumatik), (2) PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*).

### **2.6.1. *Post-Traumatic Stress Reaction* (PTSR)**

Secara umum stres disebabkan oleh beberapa perkara. Untuk anak-anak dan remaja mengikut buku Seri Latihan Sokongan Psikososial tentang Manual Teknisi Intervensi Krisis yang di Keluarkan PMI (2008) menyatakan secara umum stress itu disebabkan oleh beberapa faktor iaitu: (1) kematian orang yang disayangi, (2) luka fizikal atau cacat , (3) berfikir akan terjadi (terulang kembali) suatu bencana atau krisis, (4) orang yang disayangi terluka atau cacat fizikal, (5) kehilangan mainan / benda kesukaan, (6) perkelahian orang tua, (7) kemiskinan, (8) ujian, (9) hukuman fizikal dari guru, dan (10) jauh dari rumah.

Selain itu juga mengenal pasti reaksi stress dan intervensi yang boleh dilakukan berdasarkan peringkat usia. Kepada fizikal, mental, emosional, dan perilaku seseorang. **Pertama**, reaksi pada fizikal, adalah gangguan yang dialami dalam fungsi tubuh seperti: mati rasa (lumpuh, tidak dapat merasakan sensasi sakit), sukar tidur, gangguan pernafasan, jantung berdebar, kencing di tempat tidur. **Kedua**, Reaksi pada mental adalah gangguan yang berlaku lebih pada proses berfikir, di mana kerap terjadi, mimpi berulang tentang kejadian traumatik yang dialami, selalu teringat akan kejadian tersebut,

tidak mengingat aspek penting yang berkaitan dengan kejadian, kehilangan minat terhadap aktiviti seharian, tidak percaya diri, merasa tidak berdaya dan putus asa terhadap masa hadapan. **Ketiga**, reaksi pada emosional, dalam aspek ini, reaksi yang terjadi adalah gangguan pada alam perasaan seperti: cemas, takut, gugup, marah dan merasa bersalah, merasakan kembali ketakutan setelah beberapa waktu berlalu, dengan teringat oleh hal-hal kecil sehingga mengalami stress negatif, kesepian bahkan ketika sedang bersama-sama orang lain, kehilangan emosi, terutama emosi positif seperti cinta dan bahagia. **Keempat**, Reaksi pada perilaku, yang terjadi adalah mengelakkan situasi yang dapat mengingatkan pada kejadian, dan dapat menghidupkan lagi peristiwa traumatik tersebut, dengan marah dan agresif, perubahan perilaku yang drastis dan kadang-kadang bertahan lama selepas kejadian.

Sedangkan untuk reaksi umum pada masa pasca trauma sangat dipengaruhi oleh beberapa aspek, seperti: Jenis peristiwa traumatik yang dialami, usia seseorang pada saat mengalami peristiwa traumatik, kepribadian seseorang, darajat ancaman bahaya terhadap kehidupan seseorang mahupun orang lain disekelilingnya, yang berkaitan erat dengannya sokongan yang tersedia dan didapati oleh seseorang. Terkait dengan ini, ada dua tahapan usia yang paling rentan terjadi trauma, iaitu (1) usia kanak-kanak berisiko tinggi terhadap kemungkinan munculnya gejala trauma, (2) pada usia remaja, kerentanan yang ditimbulkan jauh lebih tinggi, berbanding dengan kanak-kanak yang lebih muda. Kerana pada masa ini adalah masa peralihan yang dialami dimana ketika anak mulai melepaskan diri dari orang tuanya dan mula ingin berdikari.

Williams dan Poijula (2002) menyatakan reaksi trauma iaitu: seseorang boleh berasa shok, berasa di teror atau berasa nyata atau tidak nyata; Merasa mati rasa, kaku seperti seolah-olah tubuh berasa tertinggal; Tidak dapat mengingat dengan detail peristiwa yang telah terjadi; Jika selamat dari peristiwa yang berpanjangan reaksinya

akan berbeza: selalu berasa seolah-olah hidup dizona perang sepanjang hidup anda, selalu berasa diawasi, selalu siap diserang kapanpun, tidak mengenal diri sendiri. Tedeschi, Park, dan Calhoun (1998) faktor-faktor bagaimana reaksi seseorang terhadap peristiwa trauma, iaitu: (1) umur (umur yang lebih muda bereaksi lebih signifikan berbanding yang tua), (2) jumlah masa persiapan yang dia punya sebelum peristiwa terjadi seperti terjadi badai beberapa hari sudah ada peringatan sedangkan gempa bumi tidak, (3) jumlah kerusakan yang terjadi pada seseorang (secara fizikal, emosional, dan spritual) atau barang-barang, (4) jumlah kematian dan kerusakan yang menyebabkan anda bertanggung jawab ke atasnya atau tidak dapat mencegah peristiwa itu terjadi.

### **2.6.2. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)***

Penggunaan istilah PTSD ini dapat digolongkan dari gejala: (1) sifat yang terlalu berlebihan dan mudah terkejut, (2) penghindaran dan menarik diri, (3) pengalaman berulang, atau memori yang mengganggu menyangkut peristiwa trauma atau yang berhubungan dengan trauma, (4) jangka waktu paling sedikit satu bulan, dan (5) menyebabkan rasa bersalah yang signifikan. Harvey dan Bryant (1999) menyatakan dalam bulan pertama selepas pengalaman traumatik, orang boleh memenuhi kriteria diagnostik gangguan tekanan trauma akut. walaupun tekanan gangguan akut tidak sentiasa diikuti oleh PTSD, ia dikaitkan dengan risiko peningkatan PTSD.

*National Institute of Mental Health* (t.t.) menyatakan PTSD adalah gangguan keseimbangan selepas orang-orang melihat atau hidup dalam keadaan yang membahaya. Lise (2007) menyatakan PTSD adalah gangguan tekanan selepas trauma yang membangun gejala dan ciri-ciri yang bertahan selama lebih dari 1 bulan, beserta kesukaran berfungsi selepas pendedahan kepada pengalaman yang mengancam nyawa. Atkinson et al. (2000) menyatakan PTSD disebabkan oleh trauma fizikal atau trauma psikologi atau trauma kerana keduanya, kerana manusia mengalami peristiwa seperti

rogol, perang atau serangan pengganas, atau bencana alam. Pada kanak-kanak kemungkinan mengalami trauma di keranakan menyaksikan penderaan fizikal, emosi dan seksual atau menyaksikan peristiwa yang dianggap sebagai mengancam nyawa seperti serangan fizikal, serangan seksual, kemalangan, penagihan dadah, penyakit, komplikasi perubatan, atau pekerjaan dalam pekerjaan yang terdedah kepada peperangan (seperti askar) atau bencana (seperti pekerja perkhidmatan kecemasan). Holland (2001), menyatakan bahawa seseorang dikatakan mengalami PTSD bila ia masih mengalami reaksi pasca peristiwa traumatis setelah lebih dari 6 minggu dengan intensitas dan jangka masa yang lama, serta menyebabkan adanya gangguan dalam kehidupannya sehari-hari.

Tinjauan terakhir dari (Everly & Lating, 1995; Southwick, Brenner, Krystal, & Charney, 1994; Van der Kolk, 1996; Yehuda, 1998) telah menetapkan bahwa fisiologi trauma dan PTSD adalah suatu respon tubuh yang terpisah yang berbeza dari bagian wilayah depresi berat dan fisiologis tubuh secara umum terhadap *stresor respon* kehidupan rutin. Adrenalin dilepaskan dari kelenjar adrenal dan menjadi epinefrin dalam tubuh. Neurotransmitter ini memobilisasi sistem respon darurat tubuh yang meliputi detak jantung diperkuat, respirasi lebih baik, pelepasan gula untuk energi lebih besar ke dalam darah. Ketika endorfin secara bebas beredar pada peristiwa noncritical, orang merasa tenang dan santai. Namun selama insiden kritis, muncul endorfin untuk bertindak sebagai analgesik sehingga perhatian orang tersebut tidak terganggu oleh rasa sakit dan menderita maka berupaya untuk tetap hidup.

Kedua kimia otak terbaik norepinefrin dan endorfin tampaknya terlibat dalam gejala yang mengganggu pengembangan, dan dapat mewakili untuk mengingat peristiwa traumatis dan menanggapi bagaimana mereka harus ditemui lagi. Akhirnya, kehadiran norepinefrin, atau *neurotransmitter* lain di otak, seperti glutamat, berulang

kali atau untuk periode masa berpanjangan dapat mengakibatkan perubahan pada sistem saraf, terutama dalam sistem limbik (Everly & Lating, 1995).

Dalam bahaya orang berasa takut itu adalah reaksi semulajadi, namun kebimbangan yang banyak berpecah dan membuat perubahan dalam badan mempertahankan atau mengelak balas terhadap bahaya adalah reaksi sehat yang bertujuan untuk melindungi seseorang daripada bahaya. Tetapi didalam PTSD tindak balas ini diubah atau dirosak. Orang-orang yang mempunyai PTSD mungkin berasa tertekan atau takut walaupun mereka tidak lagi dalam keadaan bahaya. Seperti contoh gangguan tekanan selepas trauma (PTSD) telah dilaporkan secara meluas pada kanak-kanak dan remaja terdedah kepada perang di Balkan (Ajdukovic, 1998; Goldstein, Wampler, & Bijaksana, 1997; Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002).

Pertanyaanya adalah siapakah yang mendapat PTSD? NIMH (tt) menyatakan sesiapa sahaja boleh mendapatkan PTSD pada sebarang usia. Ini termasuk veteran perang dan terselamat daripada serangan fizikal dan seksual, penderaan, kemalangan, bencana, dan banyak lain-lain peristiwa yang serius. Tidak semua orang dengan PTSD telah melalui peristiwa berbahaya. Setengah orang mendapatkan PTSD selepas rakan atau ahli keluarga mengalami pengalaman bahaya atau menganiaya atau kematian orang yang tersayang secara tiba-tiba tidak dijangka, ini boleh menyebabkan PTSD. Sementara itu, Lise (2007) menyatakan orang-orang yang beresiko terkena PTSD adalah : (1) Orang yang mempunyai pengalaman tempur tentera atau orang awam yang telah dirosakkan oleh perang; (2) Orang yang telah dirogol, didera secara seksual, atau didera secara fizikal; (3) Orang yang telah terlibat dalam atau yang telah menyaksikan peristiwa yang mengancam nyawa; (4) Orang-orang yang telah terlibat dalam bencana alam, seperti puting beliung atau gempa bumi.

Creamer, Burgess, dan McFarlane (2002), menyatakan bahawa: 65% lelaki & 50% perempuan mengalami trauma lebih dari satu macam, 12 bulan setelahnya tersebar munculnya PTSD 1.33% (di US 3.9%), 2% lelaki & 3% perempuan yang pernah mengalami peristiwa traumatis, yang memunculkan gejala PTSD dalam rentang waktu 12 bulan sesudahnya, akibat: (1) Perkosaan 8.4% lelaki dan 9.2% perempuan, (2) Sexual molestation 11.8% lelaki dan 5.5% perempuan, (3) Pertempuran 4.7% lelaki (3) Kemalangan yang mengancam keselamatan 1.5% lelaki, dan 1.7% perempuan, dan (4) Bencana alam .3% lelaki, 1.3% perempuan.

Kriteria diagnosis PTSD mengikut DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual* edisi-IV), (dalam Holland, 2001) ada tiga kriteria iaitu: *Exposure* (pendedahan), *Re-experiencing* (mengalami kembali), *Persistent Avoidance* (menghindar). **Pertama**, *Exposure* (pendedahan) adalah mengalami sendiri peristiwa traumatik, menyaksikan orang lain terluka parah atau kematian, mengalami kehidupan yang terancam bahaya, mengalami ketakutan terus-menerus sehingga mengalami ketidakupayaan. **Kedua**, *Re-experiencing* (mengalami kembali) adalah *flashback*, mimpi buruk, hal-hal kecil dengan mencetuskan ingatan akan peristiwa traumatis yang dialami. **Ketiga**, *Persistent Avoidance* (menghindar), adalah upaya menghindar yang dilakukan oleh mangsa. Jarnawi (2007) PTSD adalah suatu gangguan emosional yang tidak wajar, yang berbeza dengan gangguan lain seperti depresi dan gangguan panic. PTSD tidak mudah untuk disimpulkan, apabila hanya dari gejala-gejala yang ditimbulkan. NIMH (tt) merumuskan tiga symptom orang yang mengalami PTSD iaitu:

(1) *Re-experiencing symptoms* iaitu: Imbasan kesan trauma berlebihan, termasuk gejala fizikal seperti lumba jantung atau berpeluh, mimpi buruk, Pemikiran menakutkan. Atau mengalami kembali gejala-gejala yang boleh menyebabkan masalah dalam harian rutin seseorang. Mereka boleh bermula dari pemikiran sendiri dan



perasaan orang. Perkataan, objek, atau situasi yang mengingatkan kembali juga boleh mencetuskan kembali PTSD;

(2) *Avoidance symptoms* iaitu: Tinggal jauh dari tempat, peristiwa, atau objek yang dapat mengingatkan kembali pengalaman tersebut, perasaan kebas, berasa bersalah yang kuat, kemurungan, atau bimbang, kehilangan minat dalam aktiviti-aktiviti yang menyeronokkan pada masa lalu, menghadapi masalah yang mengingati peristiwa berbahaya. Atau dapat dikatakan mengelakkan perkara gejala yang boleh mencetuskan, mengingatkan seseorang pada peristiwa traumatik. Gejala-gejala ini boleh menyebabkan seseorang untuk menukar rutiniti peribadi beliau. Sebagai contoh, selepas kemalangan kereta yang teruk, seseorang yang biasanya pemacu boleh mengelakkan memandu atau menunggang di dalam kereta;

(3) *Hyperarousal symptoms* iaitu: Sebagian mudah terperanjat, berasa tegang atau "di pinggirkan, mempunyai kesukaran tidur, dan / atau mempunyai ledakan marah. Atau dapat dikatakan gejala hyperarousal biasanya berterusan, bukannya dicetuskan oleh perkara-perkara yang mengingatkan salah satu peristiwa traumatik.

Mereka boleh membuat seseorang berasa tertekan dan marah. Gejala-gejala ini boleh membuat ia sukar untuk melakukan tugas-tugas harian, seperti tidur, makan, atau tumpuan. Ia adalah semulajadi untuk mempunyai beberapa gejala-gejala ini selepas peristiwa berbahaya. Kadang-kadang orang mempunyai gejala yang sangat serius yang hilang selepas beberapa minggu. Ini dinamakan gangguan tekanan akut, atau ASD. Apabila gejala lepas lebih daripada beberapa minggu dan menjadi satu masalah yang berterusan, mereka mungkin PTSD. Sesetengah orang dengan PTSD tidak menunjukkan sebarang tanda-tanda untuk beberapa minggu atau bulan. Brewin et al (2000) menyatakan faktor-faktor yang berisiko untuk mengalami PTSD adalah hidup dalam peristiwa trauma dan bahaya, mempunyai sejarah sakit mental, mendapat cedera,

melihat orang cedera atau terbunuh, perasaan seram, tidak berdaya, atau ketakutan melampau, tidak mendapat sokongan sosial selepas peristiwa tersebut, berurusan dengan tekanan tambahan selepas peristiwa itu, seperti kesakitan kehilangan yang dikasihi, dan kecederaan, atau kehilangan kerja atau rumah.

Charney (2004) menyatakan faktor yang dapat mengurangkan resiko PTSD adalah: mencari sokongan daripada orang lain, seperti rakan-rakan dan keluarga, mencari kumpulan sokongan selepas peristiwa traumatik, perasaan yang baik mengenai tindakan sendiri dalam menghadapi bahaya, mempunyai strategi menghadapi, atau cara mendapatkan melalui acara yang buruk dan belajar daripada ia, sebagian mampu untuk bertindak dan bertindak balas dengan berkesan walaupun perasaan takut.

## **2. 7. Kesan Konflik Pada Psikologikal.**

Akibat konflik bersenjata yang berpanjangan berlaku dalam suatu kumpulan atau sebuah Negara, akan mengakibatkan ramai masyarakat mengalami trauma psikologis, terutama anak dan remaja yang mengalami langsung peristiwa traumatik. Salah seorang psikolog yang kerap menangani mangsa di Aceh, iaitu Nitura (2007), menyatakan dalam suatu kompren kes bahawa, symptom PTSD yang kerap dialami mangsa pasca konflik bersenjata di Aceh antara lain, dari segi emosional akan timbul perasaan marah, benci, stres kerana kedukaan yang dalam, kecemasan dan kegelisahan, ketakutan yang berlebihan, dan sebagainya.

### **2.7.1. Perasaan Marah**

Aristoteles dalam Goleman (1995) menyatakan bahawa semua orang boleh marah. Itu mudah sekali. Tapi marah pada orang yang tepat, dengan tingkat kemarahan yang tepat, pada masa yang tepat, untuk alasan yang tepat dan dengan cara yang benar, itu baru sulit. Marah boleh diertikan sebagai emosi yang bersifat negatif yang biasanya boleh menyebabkan pencerobohan, menyakiti dan bahkan boleh merosakkan. Caplin (2001)

menyatakan bahawa, marah, murka, berang, gusar, kemarahan, keberangan, kegusaran (*anger*) diertikan sebagai reaksi emosional akut yang ditimbulkan oleh sebilangan situasi merangsang, termasuk ancaman, pencerobohan lahiriah, pengekanan diri, serangan lisan, kekecewaan, atau frustasi yang dicirikan oleh reaksi kuat pada sistem saraf otonomik, terutamanya oleh reaksi kecemasan pada bahagian simpatetik, dan secara implisit di sebabkan oleh reaksi serangan lahiriah, baik yang bersifat somatis atau jasmaniah maupun yang verbal atau lisan.

Najati (2003) menyatakan bahawa, marah itu merupakan emosi yang sifatnya fitrah dan akan muncul ketika salah satu motivasi asas seseorang tidak dipenuhi. Jika ada sesuatu yang menghalang manusia atau binatang untuk mendapatkan tujuan tertentu yang ingin diraih demi mencapai keperluannya, maka dia akan marah, berontak dan melawan penghalang tersebut. Dan juga rela berkorban untuk mengalahkan dan menyingkirkan penghalang yang ada di hadapannya, sehingga dia berjaya memperolehi keperluannya. Kadar rasa marah yang di timbulkan sangat bergantung kepada seberapa penting keperluan tersebut harus dipenuhi.

#### **2.7.1.1 Pengaruh Marah Terhadap Perilaku**

Pelbagai reaksi fizikal akan timbul ketika seseorang sedang marah, dan akan membuat banyak perubahan pada organ fizikalnya, ada yang bersifat dalaman seperti jantung berdebar-debar, perut mengerut, aliran darah mendesak ke dada sampai akhirnya membuat wajah menjadi merah padam. Sedangkan yang bersifat luaran seperti perubahan rona muka, perubahan suara, dan tegangnya otot pada bahagian badan. Organ tubuh itu akan dipenuhi darah akibat jantung mengepam darah kebahagian atas badan, khususnya bahagian kepala, seperti telinga dan wajah memerah, ketika seseorang marah, dan suhu tubuhnya menjadi panas. Untuk meredakan panas yang paling cepat adalah dengan air, makanya Nabi menyuruh ummatnya apabila sedang marah,

sebaiknya dia berwudhuk, kerana dengan airlah baru bisa memadamkan bara api. Rasulullah SAW bersabda, yang artinya:

*"Ingatlah, sesungguhnya marah itu adalah bara api yang terdapat dalam hati anak keturunan Adam, Tidakkah kalian melihat warna merah kedua matanya dan urat-urat lehernya yang mengembang ketika seseorang sedang marah"* Hadis Riwayat At-Turmudzi dalam 'Utsman Najati.

#### **2.7.1.2. Pengaruh Marah Terhadap Minda**

Ketika seseorang marah dan emosi, minda tidak akan berfungsi secara baik, oleh kerana itu kerap kali seseorang akan menyesali keputusan dan kenyataan apapun yang dikemukakan ketika ia dalam keadaan marah, berdasarkan pertimbangan ini, Rasulullah sentiasa menasihati sahabat beliau, untuk tidak memutuskan sesuatu hukuman apapun bila dalam keadaan marah. Selain itu Rasulullah juga bersabda, yang bermaksud *"tidak (dianggap sah) talaq dan memerdekakan hamba (yang di ucapkan) ketika keadaan sangat marah"* Hadis riwayat dari 'Aisyah RA.

Kerana sesungguhnya luapan emosi berlebihan merupakan keadaan yang boleh menyebabkan minda tidak dapat bekerja secara baik, dan juga tidak akan dapat berfikir rasional, sehingga keputusan yang diberikan pada keadaan emosi tidak stabil, kerap sekali tidak tepat sasaran, merugikan diri sendiri dan juga orang lain. Kesan marah juga akan mempengaruhi emosi lain seperti timbul rasa benci. Rasa benci merupakan lawan dari rasa cinta. Terkait dengan ini manusia akan mencintai sesuatu bila itu bermanfaat baginya, dan akan membenci bila sesuatu itu tidak menyenangkan dan tidak menguntungkan dirinya. Yang perlu diingat adalah segala sesuatu yang dapat membangkitkan rasa marah, juga dapat membangkitkan rasa benci, kerana rasa marah dan rasa benci itu sama-sama ditimbulkan oleh suatu keinginan yang terhalang, yang membuat orang akan melakukan apa sahaja untuk menghilangkan penghalang tersebut.

Oleh kerana itu, kadang kala perilaku yang ditunjukkan di luar prilaku biasanya, seperti menolak ataupun melawan, semua itu dapat muncul bila tidak dipenuhi keinginan yang ingin di capai. Di bawah ini dapat dilihat perbezaan rasa marah dengan rasa benci.

Jadual 2.2 Perbezaan Kemarahan dan Kebencian

No	Kemarahan	Kebencian
1	Perasaan negatif yang bersifat menyerang, agresi, menyakiti, dan merusak.	Salah satu rasa penolakan atau ketidaksukaan.
2	Bentuk pembelaan diri yang bersifat menyerang ( <i>to fight</i> ).	Bersifat menjauhkan, menghindar, atau memusuhi.
3	Kemarahan itu bertolak belakang dengan ketakutan	Merupakan emosi yang bertolak-belakang dengan Kasih Sayang.
4	Ketakutan adalah bentuk pembelaan diri yang bersifat melarikan diri ( <i>to flee</i> ).	Kebencian dapat muncul mengikuti rasa marah.
5	Kemarahan merupakan bentuk dari ketidakterimaan	

Cara-cara pengendalian rasa marah antara lain: (1) berwudhuk, (2) Beristirahat, (3) melakukan katarsis, (4) membuat perubahan perasaan dari masa kewaktu.

**Pertama** berwudhuk, ini merupakan cara yang paling mudah dan tidak memerlukan kos untuk mengendalikan amarah yang timbul pada diri seseorang. Kerana dengan berwudhuk muka dan telinga yang merah, dan suhu badan yang panas akibat jantung mengepam darah kebagian kepala ketika marah, akan menjadi sejuk dengan sentuhan air, apalagi dengan mengucapkan ayat-ayat Allah SWT, hati menjadi tersentuh. Sabda Rasulullah SAW yang bermaksud "Sesungguhnya rasa marah itu termasuk (godaan) syaitan. Dan sesungguhnya Syaithan itu diciptakan dari api. Sesungguhnya api itu hanya boleh dipadamkan dengan air. Oleh kerana itu, jika salah seorang dari kamu marah, maka hendaklah dia berwudhuk" (Hadis Riwayat Abu Daud,)

**Kedua**, berisitirahat. Pengendalian marah dengan cara ini menurut Najati sangat mudah dilakukan, kerana ketika orang sedang marah, biasanya menyakiti orang lain, baik dengan tangan maupun dengan lisan, jadi media yang paling ampuh untuk meredakannya adalah dengan mengistirahatkan badan dengan cara berehat. Kerana jika keadaan fizikal sudah kembali segar, maka amarahpun akan sirna. Menurut-Nya, Nabi pernah memberi isyarat kepada sahabat beliau untuk duduk bila marah sedang berdiri, dan kalau juga belum sirna, maka berbaringlah. Kerana ketika duduk dan berbaring biasanya otot akan menjadi kendor dan boleh mengurangkan ketegangan yang diakibatkan oleh rasa marah.

**Ketiga**, Katarsis adalah satu cara meredakan amarah dengan cara melampiaskan kemarahan ke objek lain yang tidak merugikan diri sendiri atau orang lain. Contoh nya adalah: (1) meletupkan beg plastik keras-keras, (2) Memukul-mukul bantal, (3) Membanting-banting bola basket, (4) Menulis surat untuk melampiaskan marah, tapi kemudian dibakar dan (5) melepaskan tenaga marah ke sasaran lain, dan menghindarkan kekerasan. Nota : Akan tetapi disini harus hati-hati, kerana pada keadaan marah rasional tidak jalan, maka kerap merugikan diri sendiri dan juga orang lain, kerana katarsis yang dilakukan kerap kepada barang-barang yang berdekatan. Artinya bila sedang berada di dapur, maka bisa saja barang pecah belah yang di banting dan sebagainya.

**Keempat**, perubahan perasaan dari masa ke masa boleh dilakukan adalah; (1) sedari bahawa perasaan boleh berubah dari masa ke masa, (2) Janganlah menetap pada satu perasaan tertentu terus-menerus, kerana akan terjebak dalam perasaan itu, (3) Ubah perasaan dari marah ke senang, dari sedih ke gembira, dan (4) sedarilah bahawa perasaan negatif (marah / sedih) tidak akan hilang kalau difikirkan, tetapi perasaan negatif dapat hilang bila diubah ke perasaan positif (senang / gembira). Keempat cara-cara tersebut boleh dilakukan bila ada keinginan yang besar untuk mengubah sesuatu

dengan tujuan positif, sehingga tidak larut dalam satu bentuk perasaan yang menekan perasaan.

### **2.7.2. Kebencian.**

Kebencian juga boleh diertikan bermacam-macam antara lain: (1) kebencian merupakan salah satu rasa penolakan atau ketidaksukaan, (2) kebencian bersifat menjauhkan, menghindar, atau memusuhi, (3) kebencian merupakan emosi yang bertolak-belakang dengan kasih sayang, (4) kebencian boleh muncul mengikuti rasa marah. Freud (2009) menyatakan dalam penggunaan kata “benci” sama sekali tidak ada hubungan dengan kesenangan dan frustrasi seksual seperti yang ada dalam kata “cinta” sebaliknya yang ada hanya karakter menyedihkan. Kebencian ini juga salah satu kesan yang ditinggalkan pasca konflik, kerana pada masa konflik banyak keluarga kehilangan orang-orang yang disayangi, dan kerap mangsa yang mengalami konflik bersenjata atau yang menyakitkan akan menolak atau membenci hal yang berkaitan dengan kejadian tersebut. Kerana akan meningkatkan mereka akan kejadian yang menyakitkan.

### **2.7.3. Kekerasan**

Kekerasan boleh dikatakan adalah: (1) tindakan menyerang orang lain atau sesuatu, (2) kekerasan dipicu oleh kemarahan dan kebencian, (3) reaksi kekerasan sama dengan reaksi ketakutan, hanya arahnya yang berbeza. Reaksi kekerasan bersifat menyerang dan melawan, sementara reaksi ketakutan bersifat lari dan menghindar, (4) tujuan kekerasan adalah kemusnahan, peniadaan, dan rasa sakit yang mungkin sepadan dengan sakit hati yang kita alami. Martin Luther King, Jr dalam Goleman (1995) menyatakan bahawa;

*"The ultimate weakness of violence is that it is a descending spiral, begetting the very thing it seeks to destroy. Instead of diminishing evil, it multiplies it. Through violence you may murder the liar, but you can not murder the lie, not establish the truth. Through murder you murder the hater, but you do not murder hate. In fact, violence merely increases hate... Hate can not drive out hate; only love can do that".*

Kelemahan utama kekerasan adalah ia seperti angin pusar yang menghancurkan apapun yang dia lewati. Ia tidak menghapuskan kejahatan, tapi menggandakannya. Dengan kekerasan kamu dapat membunuh pembohong, tapi kamu tidak boleh membunuh kebohongan. Dengan pembunuhan kamu membunuh pembenci, tapi kamu tidak membunuh kebencian. Kenyataannya, kekerasan hanya meningkatkan kebencian. Kebencian tidak dapat menghapuskan kebencian; hanya cinta yang dapat melakukannya.

#### **2.7.4. Stress**

Jordan (1997) menyatakan bahawa, stres adalah setiap perubahan dalam diri (dalaman) atau di persekitaran luar (luaran) yang menimbulkan reaksi dari individu. Ada juga yang menyebutkan stres sebagai reaksi tubuh terhadap situasi yang menekan, atau mengancam kita. Chaplin (2001) menyatakan stres adalah suatu keadaan tertekan, baik secara fizikal mahupun psikologis. Reaksi seseorang dapat berbeza-beza terhadap stres, namun secara garis besar dapat dibagi menjadi dua, iaitu: menghadapinya, atau lari dari situasi tersebut. Apabila ia menghadapinya, maka ada dua kemungkinan iaitu apabila berjaya stres akan terlewat dan berakhir. Tetapi bila stres itu sendiri terlalu berat, berterusan, atau ia memilih untuk menghadapinya namun gagal, maka boleh berlaku gangguan fizikal, perubahan psikologi (depresi), perubahan sikap dan banyak masalah lain. Masalah fizikal yang timbul dapat menambah kecemasan, kemudian meningkat menjadi stres.

Stress yang muncul boleh berkaitan dengan kurangnya rasa selamat dalam diri, rasa rendah diri, dll. Misalnya saja pada anak-anak mangsa jualan anak (*trafficking*), mereka mungkin merasakan kurangnya rasa aman terhadap masa depan mereka, atau takut akan berlaku lagi penjualan tersebut pada diri mereka. Dalam sebuah sesi kaunseling tentang penganiayaan atau trauma tertentu dapat juga timbul stres. Maka itu



seorang kaunselor perlu mengawasi tanda-tanda stres dalam diri lawan bicaranya dan bertindak balas secepatnya, contohnya berhenti sejenak dan melaksanakan teknik relaksasi.

Stres boleh digolongkan dalam 3 jenis, iaitu: **Pertama**, stres yang positif, iaitu jenis ini boleh mencetuskan reaksi kita untuk menyesuaikan diri ke arah yang lebih baik dan menyebabkan perkembangan yang baik dalam diri. Stres ini diperlukan keberadaannya sesekali dalam hidup kita agar tidak membosankan. Contohnya: akan menghadapi ujian, memulakan hidup dengan perkahwinan. **Kedua**, stres yang negatif, iaitu Stres yang menimbulkan kesan negatif terhadap individu. Tanda-tanda mengalami stres ini adalah perasaan tegang, tidak selesa seperti ketakutan, gugup, sedih, dan bingung. Contohnya: gagal dalam peperiksaan penting, bercerai dan kesihatan yang buruk. **Ketiga**, stres akibat trauma, jenis ini biasanya disebabkan kejadian atau beberapa siri kejadian yang tiba-tiba, tidak disangka, dan fatal, serta tidak biasanya dialami oleh manusia. Kejadian ini sifatnya mengancam nyawa, sehingga mangsanya dapat menjadi syok, hilang kawalan atas dirinya dan kerap mengurangkan kemampuan mangsanya untuk menyesuaikan diri dan mengatasi stres. Sidabutar (2003) membuat suatu bagan untuk membezakan stres biasa dengan stres pasca trauma. Lihat Jadual 2.3 berikut.

Jadual 2.3 Perbezaan Stres Biasa dengan Stres pasca trauma

No	Stres Biasa/ umum	Stres Pasca trauma
1	Ada perubahan yang terjadi secara perlahan atau bertahap	Perubahan terjadi sangat mendadak, kerap dalam bentuk kehilangan dan kesakitan
2	Menyebabkan masalah yang dapat di selesaikan selaras dengan waktu	Sangat mengejutkan, menyebabkan shock/ mengguncang sistem individu/kumpulan
3	Yang terkena mampu berencana dan mengambil keputusan	Menimbulkan rasa tak berdaya yang sangat kuat/ tak tertahankan
4	Satu orang dan orang lain terkena (dipengaruhi) secara berbeza	Menyebabkan keganasan, menakutkan bagi (hampir) semua orang
5	Tidak sampai menimbulkan trauma	Display /ciri-ciri trauma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kesiangan terus menerus</li> <li>• Perasaan seperti mengalami kembali peristiwa</li> <li>• Mati rasa, perasaan tidak disambung dengan realiti</li> <li>• Ingatan terus menerus tentang peristiwa</li> </ul>

Kriteria stres akibat trauma adalah (1) Biasanya tiba-tiba dan tidak disangka, (2) Tidak biasa dialami manusia (*abnormal circumstances*), (3) Menyebabkan seseorang merasa tidak berdaya, tidak boleh tertolong dan hilang kawalan, dan (4) boleh mengancam nyawa. Stres trauma ini biasanya berdampak negatif kepada: **Pertama**, pada Fizikal yang gejala-gejala stres negatif adalah: (1) Pusing, (2) Sakit kepala, (3) Sulit tidur, (4) Sakit perut, (5) Jantung berdebar, (6) Tekanan darah tinggi, (7) Bernafas dengan cepat. **Kedua**, pada Kelakuan (apa yang ditunjukkan) antara lain: (1) mengkonsumsi alkohol, (2) kebanyakan / kurang makan, (3) sikap-sikap gugup, (4) ceroboh, (5) agresif, (6) tiba-tiba menangis. **Ketiga**, pada Emosi (apa yang kita rasakan) antara lain: (1) cemas, (2) sedih, (3) marah, (4) frustrasi, (5) takut, (6) gugup, (7) tegang. **Keempat**, pada Kognitif (apa yang kita fikirkan atau yang ada di fikiran) antara lain: (1) gangguan konsentrasi, (2) fikiran pesimis, (3) kehilangan rasa percaya diri, (4) kesulitan mengambil keputusan, (5) banyak mimpi .

Reaksi stres seseorang dapat berbeza terhadap suatu kejadian, hal ini berkaitan dengan persepsi yang dimiliki. Persepsi adalah cara melihat, memahami dan mengertikan sebuah situasi. Orang bertindak balas terhadap stres dengan pelbagai cara yang berbeza. Secara garis besar cara mengatasinya (*coping*) terbahagi kepada dua iaitu sadar (*coping mechanism*) dan tidak sadar (*defense mechanism*). **Pertama**, Secara sadar (*coping mechanism*), iaitu orang yang menghadapi stres boleh memilih strategi tertentu untuk mengatasi stresnya itu. Para penyelidik berkongsi strategi ini menjadi 3 jenis utama, iaitu: (1) Usaha untuk mengubah situasinya, dimana seseorang akan berusaha menyingkirkan penyebab stresnya, merancang untuk menyelesaikan masalah atau berusaha mendapatkan nasihat atau bantuan dari orang lain untuk mengubah situasinya. Orang dengan kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang baik terbukti mengalami stres lebih sedikit dan nombor gangguan kejiwaan yang lebih sedikit; (2) Usaha untuk mengubah persepsinya terhadap masalah, iaitu seseorang menghadapi stres dengan

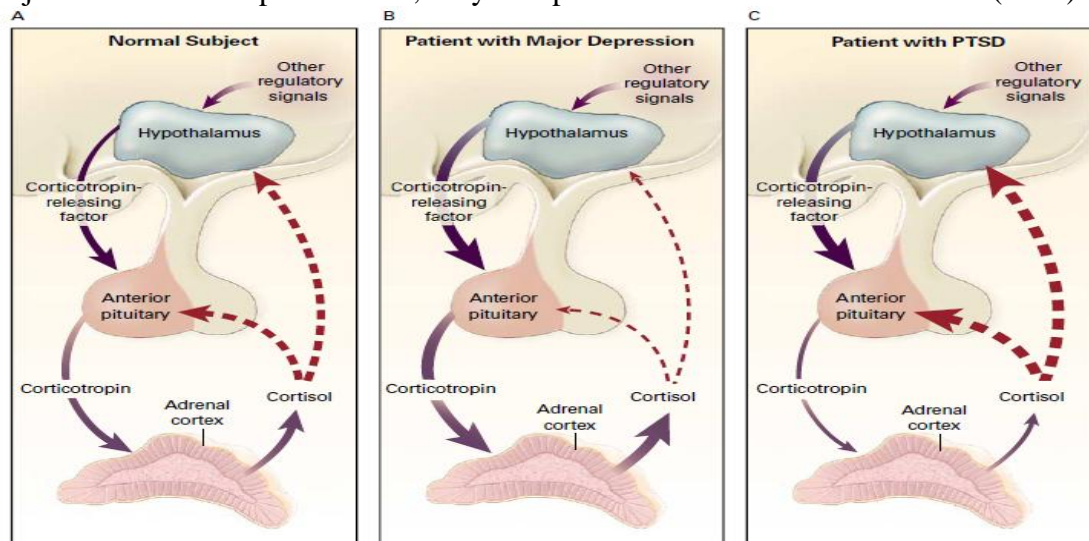
melihat dari sudut pandang lain yang positif, hingga dirasa masalahnya tidak terlalu mengancam; (3) Usaha untuk mengurangi emosi yang dirasakan, yaitu dengan minum obat penenang, bermain muzik atau menari untuk melepaskan emosi.

**Kedua**, secara tidak sadar (*defense mechanism*), adalah proses mental yang bertujuan untuk melindungi seseorang dari merasakan emosi yang tidak menyenangkan. Yang paling banyak digunakan adalah penindasan. Penindasan maksudnya adalah mekanisme secara tidak sadar untuk menyembunyikan atau menekan ingatan atau pikiran yang tidak menyenangkan. Mekanisme lain yang boleh digunakan adalah: (1) *denial* / penyangkalan, yaitu bila seseorang menolak untuk menerima kenyataan, (2) *Projection*; yaitu bila seseorang melemparkan kegagalan dirinya pada orang lain hampir seperti mencari kambing hitam, (3) *reaction formation* (Pembentukan reaksi) yaitu ketika seseorang melakukan apa yang tidak diterimanya, padahal ia secara sadar menyatakan penolakannya terhadap hal tersebut. Misalnya seseorang yang mengatakan seks itu kotor dan sangat menolaknya, ternyata ia masih menggunakan prostitusi juga. Kenyataannya penolakannya itu menutupi keperluan yang besar akan hal tersebut, (4) *sublimasi*, yaitu ketika seseorang menukar dorongan seksual atau sikap agresifnya menjadi sesuatu yang lebih diterima di masyarakat. Misalnya seseorang yang sangat ingin mengalahkan saudaranya, menjadikan keinginan itu sebagai dorongan untuk berjaya di masa hadapan, (5) *rasionalisasi*, adalah pembenaran, yaitu bila seseorang membenarkan (dengan persepsinya) kesalahan yang dilakukannya. Ini dilakukan untuk mengurangi perasaan bersalah atau malu. Misalnya mahasiswa yang mencontek saat ujian mengatakan bahawa dengan kelulusannya ia dapat membantu ramai orang.

Anisman et al (2001) memperlihatkan tiga gambar respon stres dalam, periode singkat atau berkesinambungan. Stres biasanya dikaitkan dengan peningkatan baik cortisol, corticotropin dan releasing factor yang digambarkan dalam setiap panel

ketebalan interkoneksi panah, akan menunjukkan besarnya respon biologis. Untuk lebih jelas lihat rajah 2.3 di bawah ini.

Rajah 2.3. Skema respon Normal, Mayor depressive dan PTSD Anisman et al.(2001)



Trauma kerap berlaku akibat individu tidak mampu mengendalikan suatu peristiwa (*stressor*) yang sedang dialaminya. Ketidak berdayaan inilah yang cenderung membuat mangsa terkena gangguan stress pasca trauma. Pernyataan Krystal yang dikutip oleh Goleman (1995) dengan memberi perumpamaan akan ketidak-upayaan seseorang dalam menghadapi suatu peristiwa tragis, seperti diserang dengan sebilah pisau, tetapi tidak tahu mengatasinya, atau hanya boleh berfikir matilah aku, orang yang tidak berdaya seperti itulah mudah terkena *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) atau stres setelah terjadinya suatu tragedi yang menyakitkan yang boleh membuat mangsa sakit secara fizikal dan mental.

Harris dan Harris (1984) mentakrifkan stres ialah satu proses yang mana otak serta badan bertindak menghadapi tekanan yang datang daripada luaran. Wann (1998) mentakrifkan pula sebagai satu tindak balas yang tidak emosional dari permintaan persekitaran. Sementara itu Hackfort dan Spielberger (1998) merujuk stres sebagai proses psikobiologikal yang pada umumnya dirangsangkan oleh situasi dan keadaan yang dianggap atau di interpretasikan sebagai suatu yang berbahaya, berpotensi untuk

mencederakan atau menghampakan. Mirkin dan Hoffman (1998) menjelaskan beberapa gejala stres adalah otot-otot menegang serta lenguh-lenguh, pening kepala, hilang selera makan, badan cepat letih, sembelit atau cirit birit, kegugupan, kemurungan, tidak boleh bertenang, daya kerja menurun dan lain-lain. Suatu peristiwa atau kejadian (*stressor*) yang dapat dikendalikan (*controllability*) dan diramalkan (*predictability*) cenderung akan mengelakkan kita dari trauma. Akan tetapi, sebaliknya, apabila suatu kejadian tersebut tidak dapat dikawal dan dijangka, besar kemungkinan menjadi potensi ancaman bagi diri. Ancaman tersebut pada akhirnya akan melahirkan trauma. Atkinson (tt) menyatakan bahawa jika suatu peristiwa tidak dapat dianggarkan dan tidak boleh dikawal seperti media, bising, dan kemungkinan bahaya dipinggir jalan bandar besar, maka kita akan merasakannya sebagai sesuatu yang mengancam. *American Psychiatric Association* (1994) (dalam Everly et al., 1999), menyatakan bahawa peristiwa traumatik mungkin timbul apabila seseorang individu berhadapan dengan kematian sebenar atau terancam atau kecederaan serius atau beberapa ancaman lain terhadap integriti fizikal seseorang, atau juga berlaku hanya dengan menyaksikan peristiwa-peristiwa tersebut berlaku kepada orang lain. Untuk membantu orang lain mengatasi stresnya, yang terpenting adalah memberikan *social support*, intinya adalah memberi sokongan. Ada dua anggaran mengenai kesan positif dari sokongan sosial. Yang pertama iaitu mengurangkan kesan berbahaya dari stres tinggi, sedangkan yang kedua membuat seseorang lebih mengelakkan (tidak terdedah) terkena stres. Misalnya saja pasangan yang menyokong satu sama lain akan menekankan bahawa pasangannya mampu menghadapi sebuah tantangan, menjadikannya lebih kuat.

#### **2.7.5. Depresi**

Tim Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana di Aceh (2005) menyatakan kemurungan (depresi) merupakan gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan hilangnya perasaan (*affect*) positif, turunnya *mood*, dan beberapa sikap lain

seperti: hilangnya minat dan kesenangan terhadap hal sehari-hari, yang biasanya turunnya *mood* menetap, tidak dipengaruhi keadaan, tetapi boleh juga kembali normal lalu turun kembali. Orang depresi dapat dilihat dari gejala yang ditimbulkan pada fizikal, perilaku. Chaplin (2001) mentakrifkan depresi adalah keadaan kemurungan (kesedihan, Kepatahan semangat) yang ditandai dengan perasaan tidak pas, menurunnya kegiatan, dan pesimisme menghadapi masa hadapan, atau pada kasus patologis, merupakan ketidakmauan ekstrem untuk mereaksi terhadap perangsang disertai menurunnya nilai-nilai diri, delusi, ketidakpasan tidak mampu dan putus asa.

**Pertama**, ada tujuh gejala fizikal antara lain: (1) sakit kepala, (2) nyeri punggung, (3) gangguan tidur, (4) kerap terbangun awal hari, (5) gangguan makan, (6) letih yang berlebihan, dan (7) gairah seksual menurun. **Kedua**, pada prilaku ada sembilan gejala yang dapat dilihat iaitu: (1) mengelakkan pergaulan dengan orang lain, (2) tidak mahu bicara, (3) kerap lupa, (4) putus asa, (5) bosan, (6) merasa tidak berharga, (7) merasa gagal menyelamatkan diri sendiri dan keluarga, (8) tidak mempedulikan lingkungan sekitar, dan (9) ada fikiran atau usaha untuk membunuh diri.

Pada umumnya kemelesetan dianggap sebagai penyakit yang akan sembuh sendiri selepas mencapai waktu sekitar 6 bulan. Namun melalui penyelidikan ternyata dijumpai kenyataan pada orang yang menderita depresi, selepas 2 tahun: 20% mati, 40% masih depresi, dapat disebut kronik bila mencapai 2 tahun. Angka kejadian depresi dipengaruhi: (1) gender, (2) umur, (3) status perkahwinan, (4) Suku, (5) sosioekonomi.

Cristian et al. (1994) (dalam Fany, 2007) menyatakan bahawa pada usia reproduksi, wanita lebih banyak mengalami kemelesetan, sedangkan selepas usia 55 yang berlaku sebaliknya, pasangan yang berkahwin tanpa anak, merupakan angka kejadian yang paling kecil. Wanita cenderung lebih mudah terkena jenis yang atipikal (tidak biasa) yang mempengaruhi hormon reproduksi yang mengakibatkan respon yang

berbeza terhadap rawatan. hubungan dengan orang lain juga berpengaruh, kesulitan membina keintiman dan kesulitan mengatasi konflik juga membolehkan berlaku depresi.

Lebowitz et al. (1997) menyatakan bahawa: belum ada ujian fizikal yang mencukupi untuk mendiagnosis depresi, kerana pengetahuan kita tentang penyebabnya juga masih rendah. Jadi penilaian tahap keparahannya hanya berdasarkan banyaknya / parahnya gejala. Depresi ini dapat menjadi pencetus membunuh diri, tetapi tahap kecenderungannya berbeza setiap orang. Menurut fakta, depresi adalah punca terbesar membunuh diri pada orang dewasa yang lebih tua. Depresi boleh digolongkan berdasarkan jumlah dan tahap keparahan dari tanda yang dimiliki, seperti: ringan, sedang, berat, dan atipikal / bertahan terhadap rawatan. Secara garis besar perubahan depresi boleh dibahagi 2, iaitu, Psikologikal, melalui terapi dan farmakologikal melalui ubat-ubatan seperti ubat anti depresan.

#### **2.7.6. Kecemasan (*Anxiety*)**

Kecemasan adalah perasaan ketakutan dan gugup. Dalam situasi tertentu hal ini biasa, namun menjadi suatu penyakit apabila berlangsung lama (lebih dari 2 minggu), mengganggu kehidupan pesakit, atau menyebabkan gejala yang serius. Gejala yang ditunjukkan pada fizikal: (1) merasakan jantungnya berdebar-debar, (2) merasa tercekik, (3) pusing, (4) gementar, (5) sakit kepala, (6) merasa ditusuk-tusuk jarum di kaki dan wajah. Pada perasaan: (1) merasa sesuatu yang sangat buruk akan terjadi pada dirinya, (2) merasa takut. Pada Minda: (1) cemas berlebihan tentang masalahnya atau kematian dirinya, (2) fikiran akan mati, hilang kawalan atau fikiran akan menjadi gila, (3) memikirkan berulang-ulang fikiran yang membuat distress, walau cuba menghentikannya. Pada Perilaku: (1) mengelakkan situasi di mana ia takut, seperti pasar. Sebab-sebab seseorang cemas adalah: (1) masalah dalam hubungan, (2)

kehilangan orang yang dekat, (3) kehilangan pekerjaan, (4) menderita suatu penyakit, (5) kesukaran dalam pekerjaannya, (6) kesulitan kewangan, ( 7) ahli keluarga sakit. cemas juga boleh menimbulkan kepanikan.

*National Collaborating Centre for Primary Care* (2004) menyatakan kecemasan adalah perasaan ketakutan dan gugup. Dalam situasi tertentu hal ini normal, namun menjadi suatu penyakit apabila berlangsung lama (lebih dari 2 minggu), mengganggu kehidupan penderita, atau menyebabkan gejala yang serius. Sedangkan serangan panik adalah ketika kecemasan muncul secara tiba-tiba dalam keadaan yang parah, biasanya berlangsung beberapa menit. Biasanya berkaitan dengan serangkaian gejala fisik yang parah (jantung berdebar cepat, kesulitan bernafas), hingga membuat penderitanya merasa akan terjadi sesuatu yang sangat buruk, dan merasa akan mati (*takut setengah mati*). Serangan panik dapat berasal dari kecemasan yang teramat sangat, atau juga takut yang berlebihan.

Gejala kecemasan dapat dilihat dari fizikal: Merasakan jantungnya berdebar - debar, merasa tercekik, loya, gemetar, sakit kepala, merasa ditusuk-tusuk jarum di kaki dan wajah; Pada perasaan: merasa sesuatu yang sangat buruk akan terjadi pada dirinya, merasa takut; Pada pikiran cemas berlebihan tentang masalahnya atau kematian dirinya, pikiran akan mati, hilang kontrol atau pikiran akan menjadi gila, memikirkan berulang-ulang pikiran yang membuat distress, walau mencoba menghentikannya; Pada Perilaku, menghindari situasi dimana ia takut, seperti pasar, gangguan tidur yang parah (*National Collaborating Centre for Primary Care* ,2004 ).

Freud (1958) mentakrifkan reaksi kecemasan (*anxiety-reaction*) bila menimbulkan salah satu dari dua keadaan berikut: iaitu perkembangan kecemasan yang merupakan ulangan dari pengalaman traumatis yang dialami pada masa lalu, terbatas pada sinyal yang keseluruhan reaksinya boleh beradaptasi dengan situasi bahaya yang



baru entah dengan melarikan diri, melawan atau munculnya pengalaman masa lalu kepermukaan, sehingga keseluruhan reaksi kelelahan dalam perkembangan kecemasan yang kondisi efektif nya dilumpuhkan dan tidak boleh disesuaikan dengan situasi saat itu. Hal tersebut dapat menimbulkan perasaan panik. Serangan panik adalah ketika kecemasan muncul secara tiba-tiba dalam keadaan yang teruk, biasanya berlangsung beberapa minit. Pada gejala fizikal jantung berdebar cepat, kesulitan bernafas, sehingga membuat penderitanya merasa akan terjadi sesuatu yang sangat buruk, dan merasa akan mati. Serangan panik dapat berasal dari kecemasan yang teramat sangat, atau juga takut yang berlebihan, gangguan tidur yang parah.

Sebab-sebab seseorang cemas adalah: (1) masalah dalam hubungan, (2) kehilangan orang yang dekat, (3) kehilangan pekerjaan, (4) menderita suatu penyakit, (5) kesukaran dalam pekerjaannya, (6) kesulitan kewangan, (7) ahli keluarga sakit. cemas juga boleh menimbulkan kepanikan. Serangan panik adalah ketika kecemasan muncul secara tiba-tiba dalam keadaan yang teruk, biasanya berlangsung beberapa minit. Kecemasan boleh menjadi suatu kelainan yang serius, iaitu apabila berlangsung lama yang disebut '*anxiety disorder / panic disorder*'. Mengatasi gangguan ini ada beberapa langkah: (1) pengenalan dan diagnosis gangguan, (2) menawarkan rawatan primer, (3) tinjau semula perubatan dan tawarkan campur tangan jenis lain, (4) bericadangan untuk mencari rawatan yang lain, apabila 2 gabungan perubatan (terapi psikologi dan ubat) telah dilakukan dan belum berjaya, (5) rawatan di pakar kesihatan jiwa, meliputi penilaian semula yang menyeluruh pada pesakit, lingkungannya dan keadaan sosialnya.

Berkaitan dengan bahasan tentang kecemasan, obsesi merupakan salah satu penyebab timbulnya kecemasan. Obsesi adalah suatu fikiran yang datang berulang. Misalnya berfikir bahawa tangannya kotor, terutama setiap kali menyentuh sesuatu.

Kerap kali terdapat hubungan antara obsesi dengan kompulsi (mengerjakan sesuatu berulang kali). Misalnya saja berfikir bahawa ia belum mengunci pintu, maka ia akan berulang kali memeriksa pintu. Ada istilah kecemasan itu menular, hal ini maksudnya adalah ketika seseorang merasa cemas, atau bahkan panik, ia kerap kali mengungkapkan kecemasannya itu kepada orang-orang sekitar. Ungkapan kecemasannya itu dapat mempengaruhi fikiran orang-orang sekitarnya, sehingga apabila mereka tidak berusaha tetap tenang dan berfikir rasional, mereka boleh ikut panik. Untuk mengatasi kecemasan yang datang, perlu diadakan suatu usaha menenangkan diri seperti relaksasi. Apabila memang tidak berjaya dan kecemasan itu datang lagi, mencari bantuan yang ahli adalah jalan keluarnya. Relaksasi adalah cara yang sangat berguna untuk mengurangkan kesan tekanan mental. Kebanyakan kaedah relaksasi menggunakan beberapa bentuk latihan pernafasan. Berikut ini akan dibahas mengenai salah satu teknik latihan pernafasan. Latihan ini dapat dilakukan kapan saja, sebaiknya dilakukan di bilik yang sepi dan ditempat yang tidak akan terganggu, dan dilakukan setiap hari selama 10 minit. Langkahnya: (1) berbaring atau duduk dengan posisi yang nyaman, (2) tutup mata, (3) selepas 10 saat, konsentrasikan fikiran pada irama nafasnya, (4) konsentrasi untuk bernafas dengan perlahan dan teratur melalui hidung, (5) seberapa pelan boleh diatur dengan menarik nafas dalam 3 hitungan, menghembuskannya lagi dalam 3 hitungan, dan diam sambil menghitung 3 hitungan sebelum menarik nafas lagi, (6) saat menghembuskan nafas boleh dibarengi dengan mengatakan dalam fikiran kata-kata menenangkan, seperti 'santai' atau istilah keagamaan, (7) manfaatnya akan dirasakan dalam waktu 2 minggu. Dan dengan latihan yang cukup, ia akan dapat melakukannya dalam situasi yang berbeza-beza.

## **2.8. Pengkawalan Trauma**

Rothbaum et al (2012) menyatakan rawatan untuk pendedahan yang berpanjangan (*Prolonged exposure*) melalui terapi kognitif adalah lebih berkesan daripada dipilih

*perencat reuptake serotonin* atau daripada tiada rawatan dalam mencegah *post-traumatic stress disorder*. Selain itu ia juga menyatakan bahawa rawatan dan pencegahan PTSD boleh melibatkan pemadam ketakutan, mengelakkan penyatuan persatuan antara rangsangan traumatik dan tindak balas ketakutan, atau menggantikan persatuan itu dengan yang lain. Oleh itu, penyelidik menduga bahawa pendedahan berpanjangan kepada rangsangan tidak lama selepas peristiwa trauma akan menghalang PTSD. Baranowsky dan Lauer (2012) menyatakan 3 langkah untuk trauma healing bagi sesiapa yang telah mengalami satu peristiwa hebat yang telah mengganggu kehidupan, yang ditulis dengan menggunakan bahasa, Ia merupakan panduan hebat untuk membantu orang yang tidak hidup sepenuhnya, kerana mereka dihantui oleh pengalaman atau peristiwa traumatik. Cadangan yang boleh memupuk kawalan yang lebih besar ke atas aktiviti semula orang dan bukannya dikawal olehnya. Malah lebih penting lagi, ia membantu mereka menjadi hadir kembali dalam dunia mereka, dan hidup dengan keyakinan dan rasa kesejahteraan. Sebagai ahli terapi, bekerja dengan orang setiap hari yang telah hidup melalui pelbagai pengalaman traumatik; Saya akan mengesyorkan sangat buku ini. Senaman yang mudah dan berkesan dan mereka boleh membuat perbezaan yang besar untuk jiwa yang mungkin tidak atau tidak lagi mahu untuk memasuki perkhidmatan kaunseling profesional. Ia asasnya boleh membantu orang meletakkan kehidupan mereka kembali bersama-sama sekali lagi.

Untuk pengkawalan mangsa trauma akibat peperangan dan kekerasan yang ditakrifkan oleh Stradling ada beberapa yang boleh dilakukan iaitu: **Pertama**, tingkatkan sensitiviti, kenali gejala trauma pada orang-orang disekeliling, lakukan pendekatan dengan lembut dan penuh kasih sayang, empati, bertindak hati-hati, tawarkan bantuan rujukan kepada professional. **Kedua**, respon professional (psikolog, psikiater, dan kaunselor) untuk membantu survivor trauma terkait : (1) *Incident Stress Debriefing* (CISD), (2) menceritakan kembali peristiwa traumatik yang dialami secara

berstruktur dalam masa 24-72 jam pasca terjadinya peristiwa traumatik, (hal ini, masih diperdebatkan apakah baik untuk digunakan / tidak), (3) kaunseling stress pasca trauma, (4) normalisasi reaksi, (5) membantu proses coping. Sementara itu Kaplan et al (1997) menyatakan ada dua macam terapi pengobatan yang dapat dilakukan penderita PTSD, yaitu dengan menggunakan farmakoterapi dan psikoterapi.

Pertama pengobatan farmakoterapi dapat berupa terapi obat hanya dalam hal kelanjutan pengobatan pasien yang sudah dikenal. Terapi anti *depresiva* pada gangguan stres pasca traumatik ini masih kontroversial. Obat yang biasa digunakan adalah *benzodiazepin*, *litium*, *camcolit* dan zat pemblok beta – seperti *propranolol*, *klonidin*, dan *karbamazepin*. Obat tersebut biasanya diresepkan sebagai obat yang sudah diberikan sejak lama dan kini dilanjutkan sesuai yang diprogramkan, dengan kekecualian, yaitu *benzodiazepin* contoh, *estazolam* 0,5-1 mg per os, *Oksanazepam* 10-30 mg per os, *Diazepam* (valium) 5-10 mg per os, *Klonazepam* 0,25-0,5 mg per os, atau *Lorazepam* 1-2 mg per os atau IM– juga dapat digunakan dalam UGD atau kamar praktek terhadap ansietas yang gawat dan agitasi yang timbul bersama gangguan stres pasca traumatik tersebut. Kedua pengobatan psikoterapi. Para terapis percaya bahwa ada tiga tipe psikoterapi yang dapat digunakan dan efektif untuk penanganan PTSD, yaitu: *anxiety management*, *cognitive therapy*, *exposure therapy*. Pada *anxiety management*, terapis akan mengajarkan beberapa ketrampilan untuk membantu mengatasi gejala PTSD dengan lebih baik melalui: (1) *relaxation training*, yaitu belajar mengontrol ketakutan dan kecemasan secara sistematis dan merelaksasikan kelompok otot-otot utama; (2) *breathing retraining*, yaitu belajar bernafas dengan perut secara perlahan-lahan, santai dan menghindari bernafas dengan tergesa-gesa yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, bahkan reaksi fisik yang tidak baik seperti jantung berdebar dan sakit kepala; (3) *positive thinking* dan *self-talk*, yaitu belajar untuk menghilangkan pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran positif ketika menghadapi hal-hal yang

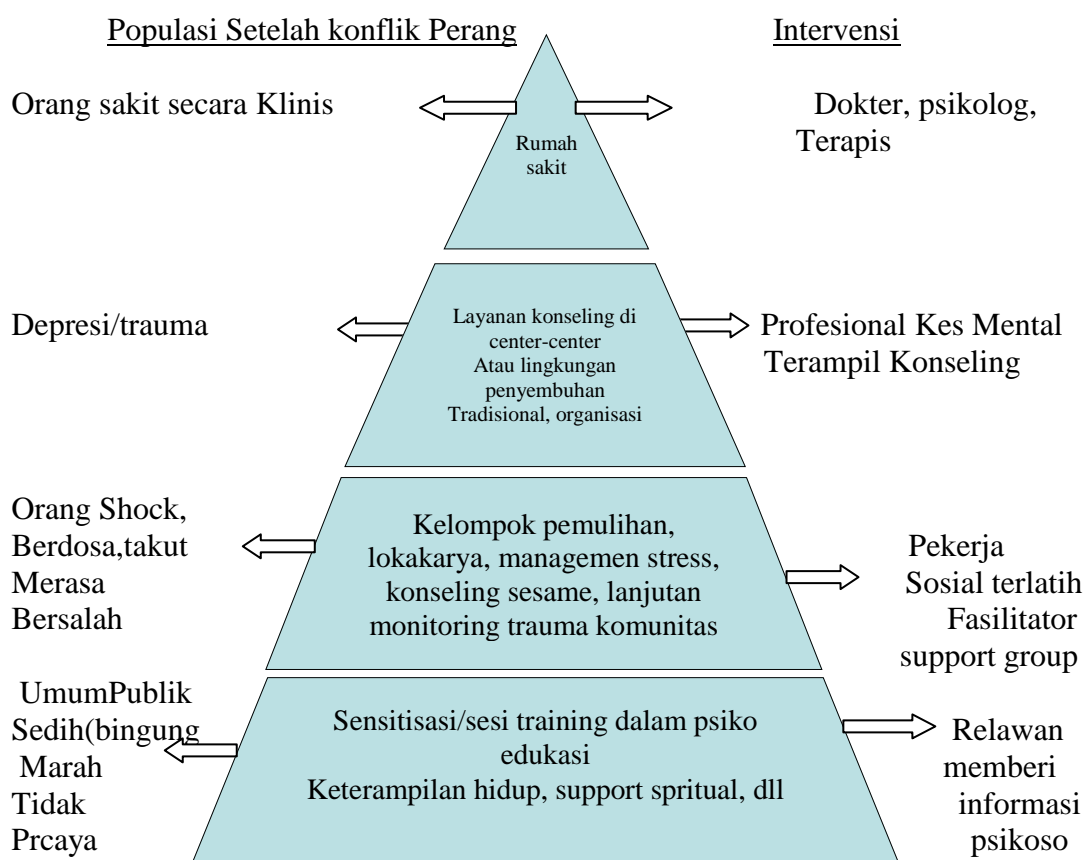
membuat stress (stresor); (4) *assertiveness training*, yaitu belajar bagaimana mengekspresikan harapan, opini dan emosi tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain; (5) *thought stopping*, yaitu belajar bagaimana mengalihkan pikiran ketika kita sedang memikirkan hal-hal yang membuat kita stress (Anonim, 2005b).

Dalam *cognitive therapy*, terapis membantu untuk merubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi dan mengganggu aktifitas. Misalnya seorang korban kejahatan mungkin menyalahkan diri sendiri karena tidak hati-hati. Tujuan kognitif terapi adalah mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pikiran tersebut tidak rasional untuk melawan pikiran tersebut yang kemudian mengadopsi pikiran yang lebih realistis untuk membantu mencapai emosi yang lebih seimbang (Anonim, 2005b). Sementara itu, dalam *exposure therapy* para terapis membantu menghadapi situasi yang khusus, orang lain, obyek, memori atau emosi yang mengingatkan pada trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistis dalam kehidupannya. Terapi dapat berjalan dengan cara: *exposure in the imagination*, yaitu bertanya pada penderita untuk mengulang cerita secara detail sampai tidak mengalami hambatan menceritakan; atau *exposure in reality*, yaitu membantu menghadapi situasi yang sekarang aman tetapi ingin dihindari karena menyebabkan ketakutan yang sangat kuat (misal: kembali ke rumah setelah terjadi perampokan di rumah). Ketakutan bertambah kuat jika kita berusaha mengingat situasi tersebut dibanding berusaha lupaannya. Pengulangan situasi disertai penyadaran yang berulang akan membantu menyadari situasi lampau yang menakutkan tidak lagi berbahaya dan dapat diatasi (Anonim, 2005b). Di samping itu, didapatkan pula terapi bermain (*play therapy*) mungkin berguna pada penyembuhan anak dengan PTSD. Terapi bermain dipakai untuk menerapi anak dengan PTSD. Terapis memakai permainan untuk memulai topik yang tidak dapat dimulai secara langsung. Hal ini dapat membantu anak lebih merasa nyaman dalam berproses dengan pengalaman

traumatiknya (Anonim, 2005b). Terapi *debriefing* juga dapat digunakan untuk mengobati traumatik. Meskipun ada banyak kontroversi tentang debriefing baik dalam literatur PTSD umum dan di dalam debriefing yang dipimpin oleh bidan. Cochrane didalam *systematic reviews*-nya merekomendasi-kan perlu untuk melakukan debriefing pada kasus korban -korban trauma (Rose et al., 2002). Selain itu, didapatkan pula *support group therapy* dan terapi bicara. Dalam *support group therapy* seluruh peserta merupakan penderita PTSD yang mempunyai pengalaman serupa (misalnya korban bencana tsunami, korban gempa bumi) dimana dalam proses terapi mereka saling menceritakan tentang pengalaman traumatis mereka, kemudian mereka saling memberi penguatan satu sama lain (Swalm, 2005).

Sementara itu dalam terapi bicara memperlihatkan bahwa dalam sejumlah studi penelitian dapat membuktikan -kan bahwa terapi saling berbagi cerita mengenai trauma, mampu memperbaiki kondisi jiwa penderita. Dengan berbagi, bisa memperingan beban pikiran dan ke - jiwaan yang dipendam. Bertukar cerita membuat merasa senasib, bahkan merasa dirinya lebih baik dari orang lain. Kondisi ini memicu seseorang untuk bangkit dari trauma yang diderita dan melawan kecemasan (Anonim, 2005b). Pendidikan dan *supportive* konseling juga merupakan upaya lain untuk mengobati PTSD. Konselor ahli mempertimbangkan pentingnya penderita PTSD (dan keluarganya) untuk mempelajari gejala PTSD dan bermacam treatment (terapi dan pengobatan) yang cocok untuk PTSD. Walaupun seseorang mempunyai gejala PTSD dalam waktu lama, langkah pertama yang pada akhirnya dapat ditempuh adalah mengenali gejala dan permasalahannya sehingga dia mengerti apa yang dapat dilakukan untuk mengatasinya (Anonim, 2005b). Di lain pihak, sampai saat ini masih didapatkan pula beberapa tipe psikoterapi yang lain. Misalnya, *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR), hypnotherapy dan psikodinamik psikoterapi, yang kerap kali digunakan untuk terapi PTSD dan kadang sangat membantu bagi sebagian penderita

(Anonim, 2005b). Lise (2007) menyatakan penanganan PTSD boleh melalui kognitif terapi atau terapi tingkah laku dengan psikiatri terlatih, psikologi, atau lain-lain profesional boleh membantu perubahan emosi, pemikiran, dan tingkah laku yang dikaitkan dengan PTSD dan boleh membantu menguruskan panik, kemarahan, dan kebimbangan. Begitu juga dengan ubat-ubatan tertentu boleh mengurangkan gejala seperti keresahan, impulsivity, kemurungan, dan insomnia dan penurunan mendesak untuk menggunakan alkohol dan ubat-ubatan lain. Kumpulan terapi boleh membantu pesakit belajar untuk berkomunikasi perasaan mereka tentang trauma dan mewujudkan satu rangkaian sokongan. Menjadi dimaklumkan mengenai PTSD dan berkongsi maklumat dengan keluarga dan kawan-kawan boleh mewujudkan persefahaman dan sokongan semasa pemulihan. Sidabutar (2003) membuat suatu bentuk piramid masyarakat dalam konflik berkekerasan sebagaimana dapat dilihat dalam Rajah 2.4 berikut ini:



Rajah 2.4 Model Intervensi Piramida Masyarakat Pasca Konflik Berkekerasan.

NIMH (t.t.) menyatakan rawatan utama bagi orang-orang dengan PTSD adalah melalui psikoterapi ("bercakap" terapi), ubat-ubatan, atau kedua-duanya. Semua orang adalah berbeza, jadi rawatan nya juga berbeza antara satu orang dengan orang yang lainnya, hal ini penting bahagi sesiapa sahaja yang menjaga dan merawat orang dengan PTSD untuk pembekal penjagaan kesihatan mental yang dialami. Setengah orang dengan PTSD perlu cuba rawatan yang berbeza untuk mencari apa yang efektif untuk gejala mereka. Jika seseorang berterusan melalui trauma maka akan PTSD, seperti berada dalam hubungan kesat, kedua-dua masalah yang perlu dirawat. Lain-lain masalah yang berterusan boleh termasuk gangguan panik, kemurungan, penyalahgunaan dadah, dan berasa ingin membunuh diri.

Psikoterapi adalah "bercakap" terapi. Ia melibatkan bercakap dengan profesional kesihatan mental untuk merawat penyakit mental. Psikoterapi boleh berlaku pada satu-satu atau dalam kumpulan. Percakapan terapi rawatan untuk PTSD biasanya berlangsung selama 6 hingga 12 minggu, tetapi boleh mengambil masa yang lebih. Kajian menunjukkan bahawa sokongan daripada keluarga dan rakan-rakan boleh menjadi sebahagian penting dalam terapi. Banyak jenis psikoterapi boleh membantu orang dengan PTSD. Setengah jenis sasaran gejala PTSD langsung. tumpuan kepada keluarga sosial memberi terapi lain, atau masalah-masalah yang berkaitan dengan kerja. Doktor atau ahli terapi boleh menggabungkan terapi yang berbeza bergantung kepada keperluan setiap orang. Satu terapi yang dapat membantu adalah terapi tingkah laku kognitif, atau pecah amanah. Terdapat beberapa bahagian untuk CBT, termasuk:

**Pertama** Terapi pendedahan. Terapi ini membantu rakyat menghadapi dan mengawal ketakutan mereka. Ia mendedahkan mereka kepada trauma yang mereka alami dengan cara yang selamat. Ia menggunakan imejan mental, menulis, atau lawatan ke tempat di mana peristiwa itu berlaku. Terapi menggunakan alat-alat untuk membantu



orang dengan PTSD ialah dengan menghadapi perasaan mereka. Penyusunan semula kognitif. Terapi ini membantu orang ramai membuat rasa kenangan buruk. Kadang-kadang orang ingat peristiwa berbeza daripada bagaimana ia berlaku. Mereka mungkin berasa bersalah atau malu tentang apa yang bukan salah mereka. Terapi membantu orang dengan PTSD melihat apa yang berlaku dalam cara yang realistik.

**Kedua** latihan tekanan inokulasi. Terapi ini cuba untuk mengurangkan gejala PTSD dengan mengajar orang bagaimana untuk mengurangkan keresahan. Seperti penyusunan semula kognitif, rawatan ini membantu orang ramai melihat kenangan mereka dengan cara yang sihat. Rawatan jenis lain juga boleh membantu orang dengan PTSD. Orang dengan PTSD perlu bercakap tentang semua pilihan rawatan dengan ahli terapi mereka. Doktor juga boleh menetapkan lain-lain jenis ubat, seperti yang disenaraikan di bawah. Terdapat sedikit maklumat mengenai bagaimana kerja ini bagi orang-orang dengan PTSD iaitu:

1. Benzodiazepin. Ubat-ubatan ini boleh diberikan untuk membantu orang berehat dan tidur. Orang yang mengambil benzodiazepin mungkin mempunyai masalah ingatan atau menjadi bergantung pada medication.
2. Antipsikotik. Ubat-ubatan ini biasanya diberikan kepada orang dengan gangguan mental yang lain, seperti skizofrenia. Orang yang mengambil antipsychotics boleh mendapatkan berat badan dan mempunyai peluang yang lebih tinggi mendapat penyakit jantung dan kencing manis.
3. Antidepresan lain. Seperti *sertraline* dan *paroxetine*, *fluoxetine* anti depresan (*Prozac*) dan *Citalopram* (*Celexa*) boleh membantu orang dengan PTSD berasa kurang tegang atau sedih. Bagi orang dengan PTSD yang juga mempunyai gangguan keseimbangan lain atau kemurungan, anti depresan mungkin berguna dalam mengurangkan gejala penyakit-penyakit ini.

## **2.9. Kajian Lepas Terkait Trauma.**

Ada beberapa kajian lepas yang telah dilakukan oleh beberapa negara terutama Aceh terkait peristiwa traumatik baik yang disebabkan oleh bencana alam, perang dan berbagai peristiwa lain, iaitu:

### **2.9.1. Hasil Kajian Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh**

Kajian ini dilakukan oleh Tim Peneliti *International Organization for Migration* (IOM) dan Jabatan Kesihatan Sosial Fakulti Perubatan Harvard (2006), yang melakukan kajian di tiga kabupaten dengan tingkat konflik tinggi di pantai laut provinsi Aceh, mengenai keperluan psikososial, dengan sokongan dana Jabatan Luar Negara dan Perdagangan Antarabangsa Kanada melalui kontrak kerja dengan IOM dan Fakulti Harvard. Tujuan utama kajian ini adalah untuk mengambil keperluan psikososial dan kesihatan mental masyarakat yang terkena dampak mendalam akibat konflik tinggi antara angkatan bersenjata Republik Indonesia (ABRI) dengan Gerakan Aceh Merdeka (GAM) seperti Pidie, Bireuen, dan Aceh Utara. Kajian ini diperlukan kerana telah ada penandatanganan Nota kesefahaman pada tarikh 15 haribulan Ogos tahun 2005.

Penyelidikan ini secara umum direka untuk mendapatkan data empirik secara ilmiah sebagai dasar dalam mengembangkan perkhidmatan kesihatan mental dan psikososial, guna menyokong usaha-usaha pemulihan diri yang dilakukan oleh masyarakat. Sedangkan secara khusus kajian ini bermaksud untuk mengenalpasti tahap trauma kerana konflik, mengenalpasti tahap masalah psikososial dan kesihatan mental serta risiko sub-kumpulan yang ada dalam penduduk, mengenalpasti pola, daya tahan dan sumber daya yang digunakan oleh masyarakat dan para anggotanya dalam menangani masalah kesihatan jiwa, dan menilai kepentingan intervensi kesihatan mental yang dijangka terkena kesan kekerasan.

Kajian ini direka oleh beberapa penyelidik senior dari Fakulti Perubatan Harvard, yang meliputi dua komponen utama, iaitu pertama, penyelidikan kualitatif yang melibatkan informan-informan kunci guna meneliti bagaimana konflik mempengaruhi kumpulan-kumpulan tertentu dalam masyarakat yang menurut para tokoh masyarakat perlu diprioritaskan pelaksanaannya dalam respon kesan psikososial yang muncul akibat konflik. Kedua, survey formal terhadap penduduk dewasa dari kumpulan masyarakat yang terpilih, yang dirancang untuk mengukur tahap pengalaman trauma kerana kekerasan, tingkat distres psikologi yang berkaitan dengan pengalaman tersebut, serta perkhidmatan yang perlu diprioritaskan.

Kedua-dua komponen penyelidikan ini di sokong oleh perbincangan fokus group dengan para ahli GAM termasuk bekas kombatan dan tahanan politik. Para penyelidik lapangan dari pusat pengajian daerah di Universiti Syiah Kuala melakukan interview di 30 Desa di Kabupaten Pidie, Bireuen, dan Aceh Utara, yang dipilih secara rawak selama dua minggu bermula pada Februari 2006, kemudian data yang diperoleh di analisis secara bersama-sama oleh Pengkaji Harvard dan pengkaji IOM, dengan menggunakan perisian SPSS dan analisis statistik yang lebih kompleks menggunakan program SAS. Sedangkan untuk mengukur tahap pengalaman traumatik, tekanan distres psikologi dan gangguan psikiatri, faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan gangguan tersebut menggunakan senarai 25 soalan versi Hopkins, dan *Harvard Trauma Questioner* (HTQ) yang terdiri daripada 42 butir pengukuran luas yang meliputi 16 butir yang digunakan untuk mengukur gangguan stres pasca trauma (PTSD). Disamping butir-butir soalan lain yang direka untuk merakam wacana-wacana popular mengenai pengalaman yang mengganggu pasca-tsunami, mahupun konflik yang diintegrasikan dalam pengukuran kuantitatif, agar responden dapat menceritakan pengalaman mimpi buruk, dan suara-suara orang yang telah meninggal.

Jumlah sample untuk kajian kuantitatif sebanyak 596 orang responden dewasa yang berusia 17 tahun atau lebih yang dipilih secara rawak daripada 30 kampung tempat penyelidikan. Di samping itu juga 75 informan kunci yang terdiri daripada tokoh masyarakat yang terseleksi, dan telah ditemubual. Penemuan yang diperolehi dari hasil kajian tersebut dapat digeneralisasikan pada masyarakat dengan tingkat konflik tinggi di kabupaten Pidie, Bireunen, dan Aceh utara. Sedangkan penemuan-penemuan kunci boleh dijabarkan sebagai berikut:

**Temuan pertama** dan paling berkesan dari suvey ini adalah bahawa para ahli masyarakat tersebut telah mengalami peristiwa traumatik yang mengerikan dan terakumulasi dalam peringkat cukup tinggi sebagai akibat kekerasan. Beberapa contoh data menggambarkan kesan besar yang diakibatkan oleh konflik terhadap penduduk awam di daerah tersebut sebagai berikut: 78% daripada keseluruhan sampel melaporkan telah mengalami pengalaman perang, 38% mengalami peristiwa di mana mereka harus melarikan diri dari bahaya, 8% wanita telah kehilangan suami akibat konflik, 5% dari keseluruhan sampel memiliki anak yang terbunuh, 41% sampel melaporkan mempunyai ahli keluarga atau teman yang terbunuh, 33% melaporkan keluarganya atau temannya di culik atau hilang, 45% melaporkan harta mereka disita atau dimusnahkan, dan 33% mengalami pemerasan atau perampasan.

**Temuan kedua**, baik lelaki mahupun wanita mengalami tahap kekerasan yang luar biasa, namun tingkatan dan jenis dari peristiwa traumatik yang dialami berbeza beza berdasarkan jenis kelamin. Para lelaki melaporkan kekerasan fizikal yang secara signifikan lebih tinggi berbanding wanita iaitu: (1) 56% lelaki dan 20% wanita melaporkan telah mengalami penganiayaan, (2) 36% lelaki dan 14% wanita melaporkan telah diserang dengan menggunakan senjata api atau pisau, (3) 25% lelaki dan 11% wanita melaporkan telah diseksa, (4) 19% lelaki dan 5% wanita melaporkan telah

dikurung, (5) 65% lelaki dan 45% wanita dipaksa menyaksikan kekerasan fizikal terhadap orang lain. Walau tingkat kekerasan seksual yang dilaporkan telah dilakukan terhadap wanita rendah, yang sebahagian disebabkan oleh stigma para wanita mengalami serangan fizikal dari kombatan lelaki dalam bentuk kekerasan gender, disamping itu pengalaman yang kerap terjadi adalah rumah-rumah mereka dijarah dan dimusnahkan.

**Temuan ketiga** adalah terdapat perbezaan yang cukup signifikan antara satu daerah dengan daerah lainnya. Para responden di Bireuen dan Aceh Utara melaporkan peringkat peristiwa traumatik mahupun gejala psikologi yang jauh lebih tinggi dari pada responden adalah Pidie dan Bireuen 85%, Aceh Utara 78%; mengalami peperangan Pidie dan Bireuen 66%, Aceh Utara 40%; mempunyai ahli keluarga dan teman terbunuh Pidie 21%, Aceh Utara 22%, Bireuen 14%; ditangkap, ditahan oleh salah satu pihak pada masa konflik 4% .

**Temuan keempat** adalah, soalan mengenai peristiwa yang menyebabkan stres atau peristiwa traumatik sejak penandatanganan nota kesefahaman keamanan temuan penting lain dalam kajian ini adalah ramai warga menyatakan kesulitan dalam memenuhi keperluan keluarganya 85%, sukar mendapatkan pekerjaan 90%, kesukaran dalam memulakan semula aktiviti mata pencaharian selama masa pasca konflik 71%, kekuatiran cukupnya persediaan makanan 72%, kebimbangan memiliki rumah yang layak 59%, penemuan-penemuan dalam bentuk nombor ini menyokong wawancara kualitatif, yang menunjukkan adanya kebimbangan mendalam mengenai permasalahan asas pada mata pencaharian.

Konflik yang hampir berlangsung selama hampir 30 tahun tersebut, jelas telah memporak porandakan ekonomi tempatan, menghalang penduduk kampung mengolah tanah mereka, memusnahkan haiwan mereka, menghancurkan rangkaian perniagaan,

merusakkan rumah-rumah mereka, dan menghalang para kaum muda memasuki kumpulan tenaga kerja. Oleh kerana itu, usaha pemulihan akan berhadapan dengan peristiwa-peristiwa traumatik yang dahsyat yang diderita oleh masyarakat, ekonomi yang rosak serta sumber masyarakat yang hancur perlu ditangani dengan segera. Di samping itu, 47% responden melaporkan telah melihat para pelaku kejahatan dan kekerasan sebagai sumber rasa stres yang berterusan, 30% mengalami serangan atau ancaman fizikal dan psikologi, dan 21% mengalami rompakan sejak ditandatangani nota kesefahaman. Walau dengan berhentinya konflik formal, rasa ketidak amanan yang berterusan tetap merupakan suatu cabaran menuju pemulihan para individu mahupun masyarakat.

**Temuan kelima**, gejala psikologi pada kelompok penduduk ini luar biasa tinggi, setara dengan penduduk pasca konflik seperti Bosnia dan Afghanistan. Pengajian ini menggunakan senarai gejala (*symptoms checklist*) yang diterjemahkan dan diadaptasi khas untuk warga Aceh dalam mendedahkan gejala dan prosedur standart untuk mengestimasi orang yang memenuhi kriteria sebuah diagnosis klinikal. Protokol yang diterima secara antarabangsa untuk menentukan apakah seseorang mengalami depresi berat, gangguan kecemasan, atau gejala stres pasca trauma, menunjukkan bahawa 65% daripada keseluruhan sampel menduduki kedudukan tinggi pada skala depresi, 69% pada skala kecemasan, dan 34% pada skala gejala PTSD.

Dengan menggunakan tahap pengukuran gejala yang sangat tinggi untuk mengenalpasti kes-kes paling teruk, dijumpai 18% dari sampel memenuhi kriteria mengindap kemelesetan pada peringkat sangat tinggi dan 10% mengindap PTSD pada tahap yang sangat tinggi. Dan itu menunjukkan keperluan perkhidmatan kesihatan mental disebabkan konflik adalah sangat tinggi dari kumpulan penduduk tersebut.

Kerana ramai penduduk menderita kesan "trauma konflik" bertahun-tahun seperti mengalami peristiwa kekerasan dan ketidak amanan secara berulang-ulang.

**Temuan keenam,** Odds analysis menunjukkan adanya faktor-faktor yang berkaitan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk mengidap depresi dan penyakit yang berkaitan dengan trauma, disamping kumpulan-kumpulan yang berisiko tinggi. Pertama terdapat hubungan langsung dan sangat signifikan antara jumlah peristiwa traumatik yang dialami dengan depresi maupun PTSD. Tingginya jumlah pengalaman peristiwa konflik yang dilaporkan maka kemungkinan bahawa orang tersebut akan mengalami gejala depresi dan PTSD pada taraf sederhana mahupun tinggi. Kedua semua kumpulan di Bireuen dan Aceh Utara mempunyai kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami gejala - gejala tersebut di bandingkan dengan di Pidie. Wanita memiliki kemungkinan yang sedikit lebih tinggi di bandingkan dengan yang lelaki, walau jauh lebih rendah di bandingkan sebahagian besar kajian yang dilakukan terhadap penduduk yang normal. Ketiga, dengan meneliti secara teliti berdasarkan gender, umur, dan kabupaten, maka dapat dikenalpasti beberapa kumpulan dengan tingkat depresi dan PTSD yang sangat tinggi. Kumpulan yang paling muda umur 17-29 tahun dan yang paling tua umur 54 lebih dari para lelaki dan wanita mempunyai risiko yang paling tinggi. Sebagai contoh 48% lelaki muda melaporkan gejala depresi berat yang sangat tinggi, 24% Lelaki-lelaki yang paling tua, dan 25% lelaki-lelaki muda, 33% wanita-wanita yang paling tua melaporkan tahap gejala PTSD yang sangat tinggi.

**Temuan tujuh,** tahap trauma kepala dan potensi kerosakan otak, yang diakibatkan penganiayaan, pencekikan, peneggelaman, dan bentuk penyiksaan atau kekerasan lain tinggi dan memerlukan campur tangan klinikal dan penyelidikan lebih lanjut. Para lelaki khususnya yang berusia muda, di Bireuen dan Aceh Utara merupakan perseorangan yang berisiko paling tinggi. Seperti 67% lelaki muda di Aceh Utara dan

68% di Bireuen melaporkan telah mengalami trauma dikepala. Temuan-temuan dalam kajian ini menunjukkan suatu keadaan kritikal yang memerlukan campur tangan pihak kerajaan.

**Temuan kedelapan,** pengosongan secara paksa maupun suka rela merupakan kejadian yang kerap terjadi di daerah-daerah konflik. 38% dari responden mengatakan bahawa mereka terpaksa melarikan diri dari bangunan terbakar, dan hampir setengah dari sampel 47% mengatakan mereka terpaksa melarikan diri dari keadaan bahaya pada suatu masa pada masa konflik. Data kualitatif menyokong nombor-nombor tersebut dengan sangat baik. Para responden dalam sampel ini sebahagian besar melaporkan pengunsian secara tempatan dan sementara ini, umumnya terhad di dalam kabupaten mereka dan dalam kecamatan yang sama.

Pengosongan biasanya merupakan peristiwa kolektif, satu desa secara bersama-sama meninggalkan tanah mereka, dan berpindah kefasilitas milik kerajaan di peringkat kecamatan maupun kabupaten. Masyarakat desa pada umumnya akan tetap mengungsi selama beberapa minggu hingga beberapa tahun dan pulang bila sudah diberikan izin atau selepas perjanjian perdamaian. Para kumpulan yang pulang termasuk rumah, harta, ternakan, sawah, taman, perkebunan, dan peralatan dibakar habis dan dijarah habis-habisan. "Kami harus memulakan kembali dari sifar" merupakan ungkapan yang sederhana tapi tepat yang kerap diucapkan kepada setiap pewawancara dalam melakukan kajian ini.

**Temuan ke sembilan,** walau adanya sejarah trauma dan gejala tinggi yang diakibatkannya, masyarakat dan sebahagian besar individu yang ada di dalamnya tetap kuat dan bertekad tinggi. Mereka telah mennggulangi pengalaman traumatik mereka dengan berdoa dan berunding pada ahli agama, dengan mencari rawatan perubatan awam dan dengan berbicara tentang rakan atau ahli keluarga dan dengan berusaha



melupakan apa yang telah terjadi. Hampir tidak ada yang berunding dengan perunding kesihatan mental guna mengani masalah mereka. Para responden sangat bersyukur dengan berakhirnya kekerasan dan sebahagian besar dari mereka berusaha keras untuk membina semula masyarakat mereka yang rosak teruk dan terus meneruskan hidup mereka.

**Temuan kesepuluh,** masih terdapat rasa ketidakpercayaan yang signifikan terhadap kemudahan kesihatan umum, khususnya di Bireuen dan Aceh Utara, yang merupakan satu halangan dalam menyediakan penjagaan kesihatan melalui sisten kesihatan umum. Sebagai contoh hanya 35% responden di Bireuen dan 36% di Aceh Utara mengatakan bahawa mereka akan menerima bantuan kesihatan mental yang diberikan melalui klinik kesihatan kerajaan, berbanding dengan 74% di Pidie.

Dalam beberapa kes puskesmas di duduki oleh kumpulan-kumpulan kombatan selama konflik. Juga terdapat keterbatasan pengetahuan bahawa beberapa klinik kesihatan masyarakat telah mengembangkan kemampuan baru di bdang kesihatan mental, dan hanya sedikit yang mengetahui mengenai juru rawat kesihatan mental yang telah dilatih sebagai bahagian daripada usaha yang dilakukan oleh Jabatan Kesihatan RI, dengan sokongan WHO dan Asian Development Bank. Beberapa kegiatan kunjungan khusus akan diperlukan guna menyentuh sejumlah banyak komuniti-komuniti yang terisolir yang mengalami paling banyak trauma selama konflik dan untuk menyambung komuniti tersebut dengan para pekerja kesihatan mental yang baru dilatih ke dalam sistem perkhidmatan kesihatan mental.

### **2.9.2. Hasil Penelitian Lanjutan Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh**

Kajian ini merupakan kajian lanjutan yang dilakukan oleh IOM yang bekerjasama dengan *Department of Sosial Medicine Harvard* (2007), tentang keperluan Psikososial terhadap komuniti-komuniti di 14 Kabupaten lain yang terkena dampak konflik di Aceh. Dengan menggunakan kaedah dan analisis data yang sama yang dilakukan pada peneilitian pertama yang disebut dengan PNA 1 dan PNA 2. dengan hasil penemuan kunci adalah:

**Temuan kesatu**, dijangka bahawa mereka komuniti-komuniti yang disurvei untuk PNA 2 akan memiliki tingkat kekerasan yang lebih rendah berbanding dengan daerah-daerah yang disurvei di PNA 1, yakni pesisir utara, kerana dipusat sejarah GAM dan konflik. Namun penemuan mengejutkan bahawa dua daerah Pesisir Timur dan Pesisir Barat Daya menderita kekerasan dan peristiwa traumatik yang dahsyat pada tahap yang setanding dengan atau bahkan lebih besar dengan yang dialami di Pesisir Utara. Contohnya di Pesisir Timur 80% responden mengalami pengalaman perang, 45% melarikan diri dari bangunan yang terbakar dan 61% harus melarikan diri dari situasi bahaya. 7% wanita mengaku suami terbunuh dalam konflik, 50% melaporkan ahli keluarga atau teman yang tewas, dan 45% melaporkan mempunyai ahli keluarga yang diculik dan hilang, hampir setengah atau 47% melaporkan telah merampas atau dimusnahkan hartanya, dan 31% mengalami pemerasan atau perampasan . Para warga di Pesisir Barat Daya, di mana kekerasan berlangsung dalam tempoh yang jauh lebih singkat, tetapi pengalaman kekerasan pada tahap yang hampir sama.

**Temuan kedua**, walau sampling yang digunakan untuk PNA bertujuan untuk mendapatkan pemetaan garis besar dari peristiwa konflik dan gejala psikologi di seluruh Aceh, namun dengan menggunakan data PNA dimungkinkan untuk mencari mikor

lokalitas khas, seperti misalnya kajian kes lembah sungai Kluet di Aceh Selatan, yang tidak boleh ditangkap oleh data agregat serantau semata-mata. Titik-titik panas tersebut yang mempunyai sejarah keganasan yang intensif, konflik dan berterusan dapat membantu dalam penentuan keutamaan perancangan khas dan penyediaan perkhidmatan psikososial dan perkhidmatan reintegrasi pasca-konflik lain.

**Temuan ketiga,** mengingat tingginya peristiwa traumatik yang dilaporkan pada PNA 1, maka tidak terkejut ketika mendapati bahawa kajian PNA 2 menemukan peringkat peristiwa traumatik yang secara signifikan lebih rendah, khususnya di daerah dataran tinggi tengah dan di Aceh Besar. Namun sebuah penemuan penting adalah ramai warga bahkan di komuniti mengalami konflik rendah tersebut telah dipengaruhi konflik dan keganasan. Hasil dapatan diperolehi 69% responden di daerah tenggara, 68% responden di Aceh Besar, 62% di daerah Tengah melaporkan mengalami peperangan. 12% wilayah Tenggara melaporkan mempunyai ahli keluarga atau teman yang terbunuh, sementara 31% di Aceh Besar dan 39% di daerah wilayah Tengah telah kehilangan seorang ahli keluarga dan teman dalam keganasan yang berlaku. 25% daripada lelaki di daerah Tengah dan 32% lelaki di Aceh Besar melaporkan telah mengalami pemukulan secara kejam ditubuhnya. Walau kekerasan di teridentifikasi di pelbagai daerah dan kampung tertentu, tetapi kekerasan juga terjadi secara meluas yang meninggalkan kesan pada sejumlah warga di komuniti-komuniti pedesaan di Aceh.

**Temuan keempat,** baik lelaki mahupun wanita mengalami tahap kekerasan yang tinggi, namun tahap dan jenis peristiwa traumatik yang dialami daripada konflik berbeza-beza berdasarkan gender. Lelaki melaporkan kekerasan fizikal yang jauh lebih banyak berbanding wanita. Pada sampel PNA 2, 38% lelaki dan 9% wanita dilaporkan telah dipukul, 19% lelaki dan 8% wanita diserang dengan senjata api dan pisau, 16% lelaki dan 3% wanita telah diseksa, 15% lelaki dan 3% wanita telah ditangkap, dan 44%

lelaki dan 35% wanita melaporkan telah menyaksikan penyiksaan kekerasan fizikal terhadap orang lain. Namun demikian wanita sangat menderita. Sebagai contoh di komuniti-komuniti pesisir Barat Daya, 79% mengalami peperangan, 56% harus melarikan diri dari situasi bahaya, 52% dipaksa untuk menyaksikan hukuman fizikal, 36% mempunyai ahli keluarga atau teman yang terbunuh, 43% telah dirampas atau dihancurkan hartanya, dan 32% dipaksa untuk mencari ahli GAM di hutan. Walau tingkat kekerasan seksual yang dilaporkan berlaku terhadap wanita rendah (1% diperkosa, 4% bentuk kekerasan seksual yang lain), sebgiaan disebabkan oleh stigma, cerita-cerita mengenai kekerasan seksual oleh kombatan lelaki terhadap wanita juga ada berlaku.

**Temuan kelima**, tingkat trauma fizikal dikepala dan cidera otak berpotensi, yang diderita akibat penganiayaan, pencekikan, penenggelaman dan bentuk penyiksaan atau kekerasan lain, sangatlah tinggi dan patut mendapat pengkawasan secara klinikal dan penyelidikan lebih lanjut. Para lelaki khususnya yang tinggal di kawasan-kawasan dengan tingkat konflik tinggi, mempunyai risiko yang sangat tinggi. 43% dari semua lelaki di daerah pesisir Timur dan 41% di pesisir Barat Daya melaporkan telah mengalami trauma fizikal dikepala, yang merupakan peratusan yang sebanding yang ditemui dalam PNA 1 di pesisir Utara. Para ahli klinikal di program *Outreach* kesihatan mental IOM yang ditugaskan didesa-desa berkonflik tinggi seperti di Bireuen menemukan bahawa trauma fizikal dikepala kerap kali dijumpai.

**Temuan keenam**, hampir semua daerah berkonflik tinggi yang masuk dalam sampel, 1/3 dan 2/3 daripada semua responden pernah melakukan pelarian, biasanya secara paksa, selama konflik. Hampir semua responden menceritakan bahawa pengalaman pelarian selama konflik sepatutnya dianggap pelarian yang telah berulang. Namun masih terdapat beribu-ribu warga transmigran Jawa yang mengungsi yang masih

tinggal di Negeri Sumatera Utara di selatan Johor dan beberapa ribu pelarian Aceh masih menetap di Malaysia, sehingga tidak tertangkap oleh data PNA. Pengalaman umum para pelarian adalah mereka pulang dan mendapati desanya telah dibakar, sawah dihancurkan, rumah dijarah dan haiwan ternakan dibunuh, dan keadaan ekonomi terdedah ini mempunyai pengaruh yang cukup signifikan terhadap kondisi psikososial mereka.

**Temuan ketujuh,** beberapa soalan peristiwa stres dan traumatik yang ada saat ini atau berterusan sejak penandatanganan perjanjian, menerima jawapan yang jauh lebih rendah pada PNA 2 di banding pada PNA 1 berdasarkan pada laporan penglihatan para pelaku, 47% di PNA 1, dan 7% di PNA 2, mengalami serangan, 31% PNA 1-1% PNA 2 mengalami rompakan, 21% PNA 1 - 1% PNA 2 kekerasan terhadap wanita, 4% PNA 1 - 1% PNA 2 kekerasan terhadap anak. Penemuan-penemuan tersebut menandakan suatu perubahan yang sangat signifikan ketika kajian PNA 1 dilakukan, dan ketika rasa percaya terhadap perjanjian perdamaian masih sangat terbatas dan pasukan Indonesia baru saja meninggalkan Aceh. Dan July 2006 ketika tinjauan PNA 2 dilakukan. Penemuan-penemuan PNA 2 mengisyaratkan bahawa sejak bulan July para warga mengalami pengurangan jumlah pelaku kekerasan. Sedangkan pola penurunan stres yang berterusan yang ditemui dalam PNA2 berlaku juga terhadap keadaan kehidupan umum seperti: kurangnya perumahan yang layak huni 59% PNA 1-38% PNA 2, air / kebersihan 75% PNA1-55% PNA 2, jaminan makanan 72% PNA 1 - 63% PNA 2 masalah mata pencaharian, 85% PNA 1-72% PNA 2 kesulitan mencari nafkah untuk keluarga, 89% PNA1-75% PNA 2 mencari pekerjaan dan 71% PNA 1 - 56% PNA 2 memulakan satu mata pencaharian. Namun walau mereka secara signifikan menurun, nombor-nombor tersebut masih tinggi dalam survei PNA 2. Dari temubual kualitatif mengisyaratkan bahawa penyebab stres yang berterusan ini mencerminkan kehancuran ekonomi desa akibat tiga dekad usaha untuk menghancurkan fondasi

material yang menyokong GAM. Oleh kerana itu perekonomian yang rosak serta sumber komuniti yang telah hancur memerlukan pemulihan dan pengendalian secara berterusan.

**Temuan kelapan,** tahap peristiwa traumatik dimasa lalu secara subtansial dan signifikan lebih tinggi di desa-desa yang menerima Program Reintegrasi Masyarakat Pasca Konflik atau program Makmu Gampong Kerana Damai (MGKD), baik Pada PNA 1 maupun pada PNA 2. Tingkat beberapa peristiwa traumatik di masa lalu tertentu adalah 50% lebih tinggi pada komuniti-komuniti di kedua-dua sampel (untuk peristiwa-peristiwa yang biasa di alami nombor tersebut mempunyai signifikansi statistik yang tinggi). Penemuan-penemuan tersebut mengukuhkan penentuan yang dilakukan IOM dan Bank Dunia terhadap desa-desa tersebut sebagai komuniti berkonflik tinggi yang memerlukan bantuan khas. Mengenai masalah peristiwa stres saat ini (pasca perdamaian) para responden PNA 2 melaporkan secara signifikan berada pada peringkat rendah di banding pada PNA1, dengan desa-desa MGKD melaporkan tahap yang lebih tinggi dari pada desa-desa bukan MGKD dengan 4 dari 18 peristiwa. Namun kerana hanya 33% dari responden PNA 2 yang tinggal di kampung-kampung MGKD di banding dengan 46% responden PNA1, kemungkinan terdapat sedikit sampling bias sejumlah desa-desa konflik tinggi yang lebih rendah pada PNA2.

**Temuan sembilan,** para responden PNA 2 menderita masalah kesihatan mental yang berkaitan dengan kekerasan pada tahap yang signifikan. Protokol yang diterima secara antarabangsa untuk menentukan sesiapa yang menderita gejala psikologi menunjukkan bahawa 35% jumlah sampel PNA 2 menduduki kedudukan tinggi pada gejala depresi, 39% untuk gejala kecemasan, dan 10% untuk gejala PTSD. Peratusan jauh lebih tinggi pada responden dari pesisir Barat daya, pantai Timur dan daerah Tengah. Sebagai contoh 41% responden pesisir Barat Daya menderita sindrom depresi

di atas tingkat cutoff yang diakui secara antarabangsa, 43% untuk gejala kecemasan, dan 14% untuk gejala PTSD pada peringkat-peringkat tersebut. Pada saat yang bersamaan, sebuah penemuan PNA 1 yang sangat signifikan adalah bahawa responden dalam setiap kabupaten yang disurvei di bulan July dan Disember 2006 melaporkan tahap yang jauh lebih rendah melibatkan depresi berat, gangguan kecemasan, dan PTSD di banding yang ditemui di PNA 2. mengingati bahawa tahap gejala psikologi yang dilaporkan diantara responden PNA1 pesisir utara merupakan salah satu peringkat tertinggi situasi pasca konflik diseluruh dunia, dan hal ini tidak menghairankan ketika ditemui peratusan responden PNA 2 yang menderita gejala depresi 65%, kecemasan 69% dan PTSD 34% tingakat tinggi di klaporkan pada PNA 1. Kerana batas penentu (cutoff) yang diakui secara antarabangsa tersebut menghasilkan keputusan yang sangat tinggi pada PNA 1, penyelidikan ini mengembangkan cutoff yang lebih tinggi dalam rangka mengenalpasti para pihak yang mempunyai risiko untuk mengindap gejala depresi, kecemasan, dan PTSD yang paling berat. Walau peratusan juga sangat tinggi pada PNA1, mereka secara substasial dan signifikan lebih rendah di bandingkan dengan para responden PNA 2.

**Temuan kesepuluh,** walau gejala depresi dan PTSD di temukan pada PNA2 lebih rendah dari pada PNA 1, jumlah keseluruhan peristiwa traumatik yang dialami seseorang masih merupakan variable yang dapat digunakan untuk memprediksi gejala depresi dan PTSD. Odds analysis yang disajikan dalam laporan ini memmbuktikan bahawa adanya keterkaitan, walau odds ratio adalah lebih rendah pada PNA 2 di banding dengan PNA 1. Jumlah yang lebih tinggi akan peristiwa berkaitan dengan konflik sangat meningkatkan kemungkinan seseorang menderita depresi dan PTSD atau penyakit mental yang boleh didiagnosa. Wanita memiliki kemungkinan lebih tinggi dari pada lelaki untuk menderita depresi dan kecemasan. Lelaki dan wanita memiliki kemungkinan yang hampir sama untuk menderta PTSD. Dan pengaruh usia tidak menunjukkan pola yang jelas. Para responden yang paling tua (berusia 54-82)

mempunyai risiko lebih besar untuk depresi dan kecemasan secara umum. Beberapa kumpulan lebih muda yang memiliki risiko paling tinggi untuk gejala psikiatri tidak menunjukkan risiko yang berlebihan pada PNA 2.

**Temuan kesebelas**, dalam usaha untuk mengukur kesan gejala terhadap pelaksanaan fungsi sosial, penyelidikan ini menambah skala fungsi sosial, dan menemukan bahawa tahap keseluruhan pengakuan akan adanya kesulitan dalam melaksanakan tugas hari-hari, seperti kerja fizikal, kerja rumah, adalah sangat rendah. Bahkan dengan instrumen yang terhad, analisis telah menunjukkan hubungan yang signifikan antara keseluruhan nilai untuk pelaksanaan fungsi sosial, depresi, kecemasan dan PTSD. Yang sangat mencolok adalah hubungan gejala psikologi dan kesulitan dalam kegiatan pencaharian nafkah sehari-hari, membuat kerja fizikal, rumah, bertani, menangkap ikan. Walau hubungan kausalitas tidak boleh dijumpai, kajian ini memberikan bukti bahawa seseorang yang depresi, cemas secara kronik akan mengalami kesukaran dalam melakukan aktiviti sehari-hari.

**Temuan kedua belas**, walau temuan menunjukkan gejala psikologi secara substansial lebih rendah pada responden PNA 2, bahkan di daerah-daerah yang mengalami konflik yang lebih tinggi berbanding dengan responden pra PNA1 tidaklah dijangka menimbulkan serangkaian pertanyaan; pertama, apakah hal tersebut hanya mencerminkan tahap trauma yang lebih rendah diantara para responden tersebut, temuan ini tidaklah menunjukkannya demikian. Gejala-gejalanya adalah lebih rendah pada kabupaten di mana tahap trauma adalah sama dengan yang ada pada PNA1. apakah pengalaman-pengalaman tersebut mencerminkan pengalaman kekerasan untuk jangka waktu yang lebih singkat bagi mereka yang tinggal di kabupaten PNA2 dan hal ini tidak dibuktikan dalam penelitian ini. Dalam kajian ini hanya menganggarkan bahawa dengan meningkatnya situasi keselamatan dan menurunnya tingkat stres yang berterusan, maka



gejala psikologi umum dan kecemasan kolektif secara signifikan berkurang. Tetapi pada masa yang sama, kecemasan, depresi, maupun PTSD masih cukup tinggi di dalam komunitas PNA2, karena kajian ini menunjukkan keterkaitan erat dengan pengalaman kekerasan dimasa lalu.

**Temuan ketiga belas,** walau adanya sejarah kekerasan yang sangat parah terhadap penduduk luar bandar di daerah-daerah konflik tinggi di Aceh, warga masyarakat tersebut dan sebahagian individu luar biasa kuat dalam menanggulangi pengalaman konflik. 91% konflik mengatakan telah menggunakan doa dan 54% melaporkan telah berunding, 56% melaporkan berusaha untuk melupakan pengalamannya. Pada saat yang bersamaan 33% menceritakan mereka mencari bantuan perubatan. Peratusan untuk sebahagian kegiatan tersebut adalah paling tinggi di daerah pesisir timur, di mana kekerasan sangat intensif. Ini hanya merupakan penunjuk kecil mengenai sumber pengendalian psikologi tempatan yang digunakan dalam rangka pemulihan dari kesan kekerasan, dan proses politik berskala besar hampir sudah pasti memainkan peranan yang sama pentingnya untuk jangka panjang pemulihan komuniti maupun individu.

**Temuan keempat belas,** walau rasa tidak percaya terhadap perkhidmatan kerajaan masih tinggi, para responden menyatakan bahawa kemahuan yang tinggi untuk menerima bantuan kesihatan mental, baik diberikan melalui GAM ataupun Kerajaan Indonesia. Perbezaan tersebut tidak begitu penting dewasa ini, di mana gabenor dan banyak bupati adalah bekas GAM. Survei PNA2 menemukan bahawa terdapat perjanjian umum di daerah-daerah konflik tinggi, masalah kesihatan mental mempengaruhi para responden serta keluarga mereka, dan tahap kesedaran tinggi akan adanya masalah yang berkaitan dengan stres dan trauma pada komuniti-komititi tersebut.

**Temuan ke lima belas,** para ahli klinikal dari program Outreach kesihatan mental IOM di Bireuen, menemukan bahawa masalah-masalah yang dalam pengenalan dalam survei PNA banyak di dapati di antara warga yang didiagnosa menderita masalah kesihatan mental. Gejala PTSD kerap dijumpai dengan hampir seperempat atau 23% pesakit memenuhi kriteria PTSD, dan 42% dari semua orang yang dirawat untuk masalah kesihatan mental menyatakan bahawa penyakit mereka berkaitan dengan pengalaman trauma yang berkaitan dengan konflik. Trauma fizikal pada kepala tanpaknya merupakan sebuah fenomena klinikal yang penting, di mana para pesakit melaporkan mengalami gejala yang berterusan sejak mereka dipukul atau diseksa. Depresi klinikal juga banyak dijumpai dan kerap sekali di asosiasikan dengan kenangan traumatik akan konflik, disertai isolasi sosial dan Kebolehasingan di tengah komuniti dan disertai pula dengan kehilangan harta benda dan hancurnya perekonomian dalam komuniti tersebut.

### **2.9.3. Hasil Kajian Danpak Stres Dan Trauma Tsunami Terhadap Perkembangan IQ, EQ, SQ Dan Cara Penanggulangannya. (Kajian Pada Penanganan Anak SD Mangsa Tsunami di Aceh Besar)**

Kajian ini dilakukan oleh Hatta (2006) kerana di latarbelakangi oleh beberapa jangkaan, orang yang mengalami goncangan hebat, atau kejadian yang luarbiasa seperti gempa dan tsunami yang terjadi di Aceh pada tarikh 26 Deseber 2004 biasanya akan menimbulkan luka dalaman, sehingga mereka boleh stres dan trauma. Dari kejadian tersebut, timbul beberapa soalan kajian iaitu: (1) apakah ketakutan, cemas, stres dan trauma bila mendengar suara-suara gemuruh, letupan air mineral yang terjadi pasca tsunami adalah kesan gelombang tsunami, (2) apakah boleh mengganggu perkembangan IQ, EQ dan SQ, dan (3) bagaimana cara yang berkesan penanganannya agar dapat kembali seperti semula dan kalau boleh dapat dikembangkan secara potensial. Untuk menjawab semua soalan tersebut, maka dilakukan penelitian secara

mendalam kepada kanak-kanak SD yang umurnya telah dapat memahami dan menjawab soalan kajian secara benar, dengan tujuan agar dapat diketahui dan dikawal.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan penyebaran questioner, serta temubual secara mendalam pada guru-guru yang mengasuh yang punya keterkaitan dengan anak yang di kaji dan disebarkan angket seperti guru kelas, dan hasil yang diperolehi di deskripsikan dan dianalisis dengan menggunakan nilai min. Penyelidikan ini menghasilkan temuan, bahawa gempa dan tsunami secara signifikan telah menunjukkan perbezaan antara kanak-kanak mangsa dengan yang tidak, berdasarkan pada jawapan angket yang di edarkan pada kanak-kanak yang berumur 12 sampai dengan 15 tahun.

Aspek yang diukur untuk melihat perkembangan tersebut ada tiga iaitu: (1) *Intelligence Quotient (IQ)*, (2) *Emotional Quotient (EQ)*, dan (3) *Spiritual Quotient (SQ)*. Untuk melihat perbezaan perkembangan kanak-kanak, maka dikira skor dari item questioner yang dominan menunjukkan aspek perkembangan. Dan dianalisis berdasarkan pada skala dengan menggunakan kadar men. Jadi skor yang lebih besar daripada nilai men dinyatakan sebagai yang tertinggi kesannya, dan di bawah nilai mean dinyatakan dengan nilai rendah. Jadi dalam kajian yang sederhana ini dapat disimpulkan hasilnya adalah: (1) dari aspek *intelligence* memperlihatkan sedikit sebarang perubahan dalam kuasa tangkap anak-anak, kuasa olah dan bahkan daya simpan dari apa yang di dapat di sekolah. Apalagi sebahagian mereka menyatakan bahawa kerap sakit kepala bila belajar. Bererti boleh dikatakan tsunami tarikh 26 Disember 2004 telah berkesan pada perilaku inteligensi pada kanak-kanak; (2) dari aspek emosional, juga terjadi sedikit sebarang perubahan pada kanak-kanak dalam melihat, merasakan dan mengapresiasi perasaan mereka, walaupun sesuatu yang mudah di lakukan, seperti tersenyum, gembira, susah senang, kerana secara realiti mereka sukar menunjukkan

reaksi emosinya, seperti gembira bila diberi hadiah, tersenyum, dan marah-marah bila tidak suka; (3) dari aspek spritual juga hampir bersamaan. Bila dilihat dari item soalan dan skor jawapan menunjukkan bahawa tidak ada perbezaan yang signifikan baik sebelum mahupun sesudah tsunami kanak-kanak tidak begitu mengalami perubahan dari segi spritual. Contoh selepas dan sebelum tsunami mereka tidak kerap solat, tidak mahu membaca alqur'an dan juga memberi sedekah. Memang hal tersebut bukan ukuran yang tepat untuk mengukur tahap spritual, kerana dari segi umur sudah pasti belum begitu memahami erti secara dalam.

#### **2.9.4 Hasil Kajian Bimbingan Kaunseling Bagi Anak Yang Mengalami Trauma Akibat Kekerasan Di NAD (Studi Kes Dalam Rangka Uji Efektifitas Menggambar Sebagai Alat Pengungkap Pengalaman Traumatik Anak Usia 9-13 Tahun Di Desa Pusong Lhokseumawe)**

Kajian ini di lakukan oleh Jarnawi (2007) di Nanggroe Aceh Darussalam tentang konflik bersenjata yang telah terjadi di Desa Pusong, Kota Lhokseumawe, ternyata telah menabur begitu banyak peristiwa kekerasan dan meninggalkan sejumlah luka fizikal mahupun psikis pada kanak-kanak. Akibat dari pelbagai kekerasan yang dialami tersebut secara langsung ataupun tidak telah menimbulkan kesan yang sangat dalam di dalam kehidupan mendatang. Konflik bersenjata yang berlaku disadari atau tidak, siapapun boleh menjadi mangsa kekejaman dari situasi suatu konflik kekerasan, yang boleh menyebabkan gangguan psikologi dan akan bermuara kepada lahirnya trauma, yang dapat membentuk kanak-kanak menjadi manusia kerdil, penakut, pemarah, pendendam, dan penebar kebencian. Temuan kajian ini antara lain:

Temuan pertama mereka telah kehilangan kepercayaanya terhadap hubungan antar pribadi, sehingga dunia sosialnya menjadi tempat yang tidak selamat. Selain itu kesan buruk yang di timbulkan dari konflik terhadap ratusan kanak-kanak di Desa Pusong, maupun di daerah lain di Nanggroe Aceh Darussalam, telah mengalami trauma yang membuat mereka terganggu secara psikologisnya, seperti gangguan berupa

peningkatan *agresifitas*, *flash back*, kebencian dan dendam, perasaan takut dan cemas yang berlebihan, menurunnya konsentrasi dan daya ingat yang berpengaruh kepada penurunan prestasi.

Temuan kedua trauma tersebut turut mengganggu tumbuh kembang mereka secara optimum. Agar anak dapat bangkit kembali, salah satu usaha yang harus dilakukan adalah dengan pemberian bantuan perkhidmatan bimbingan dan kaunseling pasca trauma yang memperhatikan pelbagai aspek keperluan serta segala keunikannya. Trauma yang dialami kanak-kanak Desa Pusong, disebabkan terperangkapnya suatu peristiwa traumatik dalam alam bawah sedar mereka (*ancounscious*). Kerana itu, untuk menanganinya adalah dengan memperbaiki kembali struktur keperibadian anak yang tidak disedari menjadi sedar atau dengan kata lain "menyadarkannya kembali." Proses penyadaran ini boleh dilakukan dengan cara mengungkap kembali segala bentuk ketakutan, kecemasan, dan ketidakupayaan anak ke dalam alam kesedaran sehingga akan timbul kembali rasa percaya terhadap diri, orang lain, dan lingkungannya.

Temuan ketiga kaunseling yang boleh diberikan untuk membantu kanak-kanak yang mengalami trauma di Aceh, adalah melalui pendekatan *play therapy* dengan menggunakan teknik menggambar bebas. Keputusan kajian menunjukkan bahawa pendekatan ini dapat mengungkap dan membebaskan perasaan anak yang tertekan dalam alam bawah sedar. Dengan menggambar, terkadang dapat membuka jalan bagi anak untuk membincangkan masa mengerikan terjadi pada dirinya, yang tidak berani mereka bicarakan dengan cara lain. Pendekatan melalui teknik menggambar ini di pandang sangat sesuai dan berkesan dengan perkembangan dan dunia anak. Ungkapan-ungkapan perasaan yang bebas, sangat menunjang suatu proses penyembuhan trauma yang dialami anak.

Temuan keempat usaha perkhidmatan kaunseling dengan pendekatan terapi permainan, perlu juga disokong dengan usaha lain berupa pemulihan menyeluruh melalui intervensi psikososial berasaskan komuniti. Pendekatan ini adalah suatu pendekatan yang menekankan pada cara-cara bagaimana suatu komuniti (bukan hanya individu) boleh menangani kerosakan sekaligus menyembuhkan diri secara kolektif. Hal ini cukup penting kerana pemulihan trauma yang dialami anak sangat bergantung oleh sokongan sosial terutama dari keluarga, dalam hal ini adalah orang tua atau orang yang terdekat dengan anak. Kerana apabila persekitaran masyarakatnya saja masih mengalami gangguan trauma atau menghadapi pelbagai masalah, mana mungkin pemulihan anak dapat berjalan dengan optimum.

Temuan kelima hasil kajian tersebut, dapat dilihat bagaimana anak menggambarkan dengan baik tentang senjata yang digunakan oleh para pelaku kekerasan pada masa konflik bersenjata berlangsung seperti, pistol, m.16, bom tangan, pedang, celurit, badik, topeng, pentungan serta lukisan orang-orang yang sedang melakukan kekerasan dengan senjata tersebut, dan itu merupakan salah satu ingatan yang mungkin sukar untuk dilupakan oleh kanak-kanak di pusong lhokseumawe, Aceh Utara.

#### **2.9.5. Hasil Kajian Perbedaan Peristiwa Traumatic Konflik Bersenjata dengan Gempa dan Tsunami Pada Pelajar SLTA di Aceh Besar**

Kajian lanjutan yang dilakukan Hatta (2009) tentang perbezaan peristiwa trauma mangsa konflik dan mangsa tsunami yang dilakukan pada pelajar SLTA di Aceh Besar, yang menggunakan kaedah deskriptif analitis dengan pendekatan kualitatif. Objek kajiannya adalah bentuk-bentuk perilaku mangsa (verbal, non verbal), perkataan, sikap yang ditunjukkan dalam kegiatan hari-harinya pasca konflik, gempa dan tsunami, ketika mendengar kembali kisah-kisah traumatik yang dialami, dan hasil kajian tersebut didapati, bahawa peristiwa traumatik yang dialami oleh mangsa konflik, gempa dan tsunami pada 10 SMU pilihan yang ada di Aceh besar, boleh diuraikan dengan singkat

di bawah ini, baik mengenai peristiwa traumanya, mupun perbezaan, dan juga pengendalian yang pernah mereka terima dari LSM maupun dari kerajaan.

**Temuan pertama**, keterangan peristiwa traumatik mangsa konflik yang di alami siswa siswi SMU (Lamteba, Lamtamot, Selimum, Montasik, Lampenerut) sangat menyedihkan, kerana banyak mangsa diperlakukan seperti binatang, mereka disuruh merayap dalam tanah becek yang di dalamnya penuh pasir dan krikil tajam dengan siku, dada dan lutut harus terseret dengan tanah, dan ada pula yang melihat ayahnya di rendam dalam lumpur WC berjam-jam, ada pula yang ditendang ditanpar, dan juga dibentak, ditodong pakai senjata api, dibunuh ahli keluarga di depan mata, dilecehkan secara seksual dan juga pemerkosaan pada ahli keluarga perempuan, semua peristiwa tersebut tidak akan hilang dalam ingatan walaupun sudah berusaha untuk melupakan peristiwa tersebut.

Dari peristiwa trauma tersebut telah mempengaruhi mangsa dalam aktiviti sehari-hari, mangsa kerap mengaku sakit kepala, dan panik serta ketakutan bila mendengar suara letupan botol mineral yang tanpa sengaja terpijak orang, dan tanpa sengaja mangsa teringat kembali peristiwa yang menyakitkan pada masa konflik berlangsung, dan pada saat itu juga keluar keringat serta menggigil. Selain itu juga kerap merasa sangat marah bila tanpa sengaja bertemu dengan orang-orang yang memakai baju askar, perasaan pada saat itu ingin sekali membalas dendam padahal sangat ingin dilupakan.

**Temuan kedua**, peristiwa traumatik pada sa'at gempa dan tsunami yang dialami oleh siwa siswi SMU (Krung Raya, Leupung, Lhoknga, Baitussalam, Pekan Bada) yang menjadi mangsa sangat pelbagai ragam dan corak, ada yang terjebak dalam air dan runtuh konkrit dan kayu, ada juga yang lari sambil berpegangan tangan dengan ayah dan ibu, yang kemudian dengan mata kepala melihat ayah dan ibunya hanyut dalam arus

yang deras dan tajam, ada pula yang melihat kakak dan abangnya tenggelam sambil meminta tolong, ada juga yang terkurung lama dalam air, dan ketika sadar sudah di tempat yang ia sendiri tidak tahu, ada pula yang berlari sekencang-kencangnya untuk menyelamatkan diri dan ketika kembali kerumah, didapati rumah dan keluarganya sudah tidak ada.

Dari peristiwa trauma tersebut, telah mempengaruhi tingkah laku para pelajar dan siwi mangsa yang ada di SMU tersebut, mereka kerap ketakutan luar biasa bila mendengar suara angin, gemuruh, bahkan ketika mendengar suara keras mikrofon, pada sa'at itu langsung berkeringat dan juga gemetaran sambil berlari kesana kemari dengan paniknya, bahkan ketika mereka tiba-tiba di tanya mengenai keluarga mereka langsung tertunduk dan memperlihatkan kesedihan yang sangat dalam.

**Temuan ketiga**, dari keterangan data dan rajah yang terlihat, mengenai reaksi emosional, maka dapat juga dikatakan siswa-siswi mangsa konflik itu ada yang menderita PTSD, walaupun dalam taraf gejala yang masih ringan, sehingga pihak sekolah terutama Guru Bimbingan Kaunseling menganggap mereka belum memerlukan penanganan yang profesional untuk penyembuhannya.

**Temuan keempat**, dari segi perbezaan dan persamaan peristiwa mangsa konflik dan tsunami. dari bentuk peristiwa jauh berbeza, tetapi kesan yang ditimbulkan kedua-dua peristiwa tersebut hampir sama, iaitu sama-sama masih belum dapat melupakan kejadian-kejadian tersebut, bahkan ada yang mengganggu fikiran, perasan dan kelakuan hari-hari seperti, tiba-tiba sangat takut dengan orang yang menggunakan seragam TNI, dan benci atau juga sangat takut, cemas bila mendegar suara gemuruh, angin, dan bahkan mikrofon, sehingga membuat tubuh gemetar dan sukar menumpukan dimanapun berada.



**Temuan kelima**, dari segi pengendalian, ternyata mangsa gempa dan tsunami, mahupun mangsa konflik, belum ada penangan khusus untuk mereka, baik dari NGO, mahupun dari kerajaan, melibatkan terutamanya pengendalian psikisnya. Akan tetapi dalam bantuan perubatan percuma untuk luka-luka pada masa krisis ada di lakukan oleh beberapa NGO seperti PMI, PLAN, UNICEF, UNDP, AMK dan Lafager, tetapi hanya pada sebatas rawatan percuma dan bantuan perumahan.

**Temuan keenam**, dari sisi data bukan verbal yang dapat disimpulkan antara lain, rata-rata mangsa konflik dan mangsa gempa dan tsunami mengalami perbezaan yang sangat signifikan, seperti mimik wajah pada mangsa gempa dan tsunami 40% menunjukkan biasa saja, sedangkan pada mangsa konflik hanya 8 %, dan ekspresi menyedikan pada mangsa tsunami 44%, sedangkan pada mangsa konflik hanya 10%, pada gerakan, untuk mangsa konflik hanya 35% pada gerakan tangan dan tsunami 76%. Akan tetapi dari semua itu dapat disimpulkan bahawa semua peristiwa traumatik yang dialami oleh mangsa baik pada tsunami mahupun konflik sama-sama meninggalkan kesan yang sangat dalam pada dirinya.

#### **2.9.6 Hasil Kajian Faktor Resiko Pasca Kejadian Menyakitkan dan Bencana Alam dan Cara Penanggulangannya**

Kajian yang dilakukan oleh TIM Peneliti NiMH (*National Institute of Mental Health*) (2007) tentang lembaran fakta keputusan keterangan singkat *posttraumatic stress disorder*, yang berkaitan dengan objek kajian iaitu: (1) factor risiko yang mungkin terjadi, (2) mengubati gangguan, dan (3) langkah selanjutnya untuk kajian PTSD, di dapati keputusan sebagai berikut:

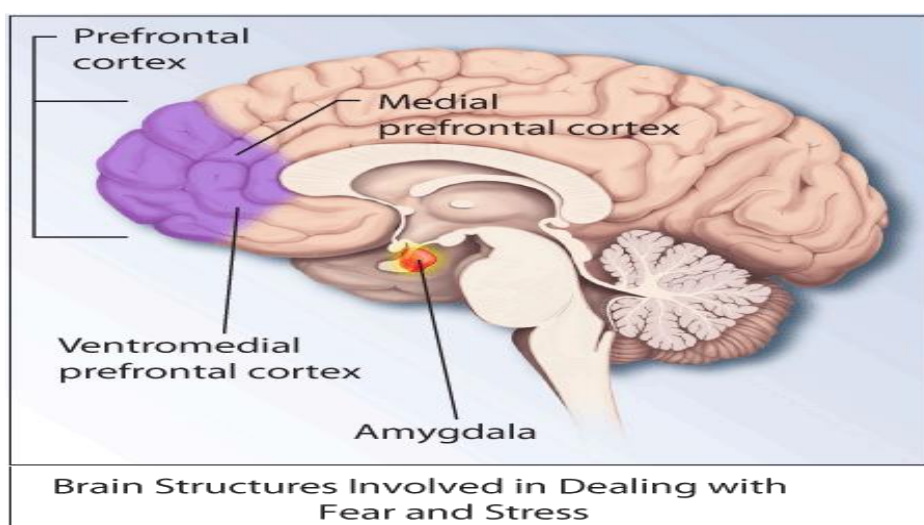
**Temuan pertama**, tentang kemungkinan faktor-faktor risiko PTSD, disebabkan oleh gen yang memainkan peranan dalam mencipta kenangan rasa takut, dalam rangka membantu untuk memperbaiki atau mencari campur tangan baru mengurangkan gejala-

gejala PTSD. Sebagai contoh, para penyelidik telah menunjuk keterangan singkat hasil penemuan gen PTSD adalah "*stathmin*", iaitu suatu protein yang diperlukan untuk membentuk kenangan rasa takut. Kajian yang dilakukan pada seekor tikus yang membuat stathmin kurang dari tikus yang normal, secara alamiah, maka tikus yang normal akan membeku (diam) sebagai pelindung terhadap bahaya, akan tetapi pada tikus yang telah mengalami pengalaman menakutkan (trauma), mereka menunjukkan bawaan kurang takut dan berasa leluasa dalam bilik terbuka, penyebabnya antara lain:

1. GRP (*gastrin-releasing peptide*), sebuah isyarat kimia di otak dilepaskan selama peristiwa emosional. Pada tikus, tampaknya GRP untuk membantu mengendalikan respons rasa takut, dan kurangnya GRP dalam tubuh seekor tikus, maka boleh menyebabkan lebih besar dan lebih kekal kejadian kenangan rasa takut;
2. para penyelidik juga mendapati versi 5-HTTLPR gen, yang mengawal kadar serotonin - kimia otak yang berkaitan dengan suasana hati yang muncul untuk bahan bakar response ketakutan;
3. gangguan mental lain, kemungkinan bahawa banyak gen dengan kesan kecil bekerja dalam PTSD. Mempelajari bahagian otak yang terlibat dalam berurusan dengan rasa takut dan stres, juga membantu para penyelidik untuk lebih memahami kemungkinan penyebab PTSD. Salah satu struktur otak seperti amigdala, yang dikenali kerana peranannya dalam emosi, belajar, dan ingatan. Amigdala muncul aktif dalam ketakutan pengambilalihan, atau belajar untuk takut suatu peristiwa (seperti menyentuh kompor panas), serta pada peringkat awal penghapusan ketakutan, atau belajar untuk tidak ketakutan;
4. menyimpan, menghapuskan kenangan dan meredakan ketakutan pada dasarnya muncul respons untuk melibatkan *Prefrontal Cortex* (PFC) dari 4

wilayah otak, terlibat dalam tugas-tugas seperti membuat keputusan, penyelesaian masalah, dan penghakiman. Daerah tertentu dari PFC memainkan peranan yang sedikit berbeza. Sebagai contoh, ketika dianggap menjadi sumber stres dapat dikawal, PFC medial menekan amigdala pusat penggera jauh di dalam batang otak dan mengendalikan response stres. Lihat gambar di bawah ini:

Rajah. 2.5 . *Brain Structure Involved in Dealing With Fear and Stress*



5. PFC yang ventromedial membantu mengekalkan jangka panjang penghapusan kenangan takut, dan ukuran otak ini, daerah yang boleh mempengaruhi kemampuan untuk melakukan. Keenam, perbezaan gen dalam individu atau daerah otak ini yang benar-benar dapat menetapkan tempat untuk PTSD tanpa menyebabkan gejala. Faktor-faktor persekitaran, seperti trauma masa kanak-kanak, cedera kepala, atau sejarah penyakit mental, mungkin lebih meningkatkan risiko seseorang dengan menjejaskan pertumbuhan awal otak; (6) personaliti dan faktor-faktor kognitif, seperti optimisme dan kecenderungan untuk melihat cabaran secara positif atau negatif, serta faktor-faktor sosial yang muncul, seperti ketersediaan dan penggunaan sokongan sosial, boleh mempengaruhi cara orang menyesuaikan

diri dengan trauma. Ketujuh, lebih banyak kajian ini dapat menunjukkan kombinasi apa atau mungkin faktor lain, suatu hari nanti boleh digunakan untuk meramalkan siapa yang akan mengembangkan PTSD selepas peristiwa traumatik.

**Temuan kedua**, hasil kajian mengenai perubatan PTSD, ternyata dapat dilakukan dengan psikoterapi, ubat-ubatan dan kombinasi keduanya. Psikoterapi boleh dilakukan dengan CBT (terapi prilaku kognitif), iaitu dengan mengajar cara berfikir yang berbeza dan bertindak balas terhadap peristiwa-peristiwa yang menakutkan, yang mencetuskan gejala-gejala PTSD dan boleh membantu membawa gejala-gejala di bawah kawalan. Ada beberapa jenis CBT yang boleh digunakan iaitu: (1) Paparan terapi iaitu menggunakan citra mental, menulis, atau melawat tempat kejadian trauma untuk membantu mangsa menghadapi dan mengawal ketakutan dan kesedihan luar biasa; (2) Restrukturisasi kognitif, iaitu menggalakkan mangsa untuk bercakap tentang hal salah yang kerap menjengkelkan fikiran tentang trauma, dan menggantikannya dengan pertanyaan yang lebih seimbang dan fikiran-fikiran yang benar; (3) Latihan inokulasi stres iaitu mengurangkan kecemasan mengajar teknik dan kemahiran untuk mengurangkan mengatasi gejala PTSD, dan membantu fikiran yang benar dan tepat berkaitan dengan trauma; (4) NiMH saat ini sedang mempelajari bagaimana otak merespon CBT dibandingkan dengan sertraline (zoloft), salah satu dari dua ubat-ubatan yang disyorkan dan diluluskan oleh US *Food and Drug Administration* (FDA) untuk mengubati PTSD.

**Temuan ketiga** kajian ini boleh membantu menjelaskan mengapa sebagian orang menanggapi dengan baik terhadap ubat-ubatan dan orang lain untuk psikoterapi. Sedangkan ubat yang boleh digunakan, mengikut keputusan penyelidikan kecil, penyelidik NiMH baru-baru ini mendapati, bahawa bagi orang-orang sudah mengambil

dosis ubat prazosin (minipress) waktu tidur, menambah dosis siang hari dapat membantu mengurangkan keparahan gejala PTSD secara keseluruhan, serta tanggapan stres terhadap trauma *reminders*. Ubat lain yang menarik adalah D-cycloserine (seromycin), yang meningkatkan aktiviti kimia otak yang disebut NMDA, yang diperlukan penghapusan rasa takut. Dalam sebuah kajian dari 28 orang yang takut ketinggian, para saintis mendapati bahawa mereka yang dirawat dengan D-cycloserine sebelum mengurangkan pendedahan terapi menunjukkan rasa takut semasa sesi terapi, berbanding dengan mereka yang tidak menerima drug.

Para penyelidik sedang mengkaji kesan daripada penggunaan D-cycloserine dengan terapi untuk merawat PTSD. Propranolol (Inderal), jenis ubat yang disebut beta-blocker, juga sedang dipelajari untuk melihat apakah hal itu mungkin membantu mengurangkan stres selepas peristiwa traumatis dan mengganggu kejadian kenangan menakutkan. Studi-studi awal telah berjaya dikurangkan dalam jumlah kecil untuk mengelakkan tampaknya PTSD pada trauma victims. Penjagaan selepas masa trauma, penyelidik NiMH menguji pendekatan kreatif untuk membuat CBT secara meluas, seperti dengan berasaskan internet bukan bantuan telefon dan terapi-terapi. Kurang formal rawatan bagi mereka yang mengalami sesak nafas, reaksi stres akut, juga sedang menjajaki kemungkinan untuk mengurangkan PTSD.

Sebagai contoh, dalam salah satu kajian awal, para penyelidik mencipta sebuah laman menolong diri sendiri dengan menggunakan konsep latihan inokulasi stres. Orang dengan PTSD pertama kali bertemu tatap muka dengan seorang terapis. Setelah pertemuan ini, peserta dapat masuk ke website untuk mencari maklumat lebih lanjut tentang PTSD dan cara untuk mengatasinya, dan terapis juga boleh log on untuk memberikan nasihat atau pembinaan yang diperlukan. Secara keseluruhan, para saintis

mendapati terapi ini memberikan cara untuk menjadi kaedah yang menjanjikan untuk menjangkau sejumlah besar orang yang menderita gejala PTSD.

Para penyelidik juga boleh bekerja untuk memperbaiki kaedah skrining, menyediakan rawatan awal, dan pelacakan trauma massa yang selamat; dan pendekatan untuk memandu mangsa melalui *self-evaluation/screening* dan menggalakkan rujukan kepada pembekal perkhidmatan kesihatan mental berdasarkan keperluan. Langkah selajutnya untuk kajian PTSD dalam dekade terakhir, kemajuan pesat dalam kajian tentang mental dan dasar-dasar biologi PTSD telah menyebabkan para saintis untuk fokus pada pencegahan sebagai tujuan realistik dan penting. Sebagai contoh, para penyelidik yang dibiayai NiMH menjelajah ubat baru dan pada yatim piatu untuk berfikir menyasarkan punca utama PTSD dalam usaha untuk mengelakkan gangguan. Penelitian lain juga merupakan upaya untuk meningkatkan kognitif, kepribadian, dan faktor-faktor perlindungan sosial dan untuk meminimumkan faktor-faktor risiko untuk menangkal PTSD selepas trauma. Penelitian lain masih berusaha untuk mengenal pasti faktor-faktor apa yang menentukan sama ada seseorang dengan PTSD akan bertindak balas dengan baik untuk satu jenis intervensi atau lain, yang bertujuan untuk membangunkan lebih personal, berkesan dan cekap rawatan. Contoh-contoh yang dinyatakan di sini hanyalah contoh kecil dari pekerjaan yang sedang berlangsung di NiMH.

#### **2.9.7. Hasil Aessment Tentang Hal Yang Perlu Dilakukan Pada Psikososial/Kesehatan Mental Pasca Bencana Berskala Besar**

Jabatan Kesihatan Mental dan Penyalahgunaan Zat, WHO Regional Asia Tenggara dan Pejabat Negara, telah melakukan asessment pada bulan Januari tahun 2000, secara banyak di Indonesia, Sri Lanka, Maldives (dan secara bersamaan juga di daerah yang terkena konflik di Darfur), yang memperkuat perspektif nya, tentang apa yang harus dikerjakan dalam hal bantuan psikososial / kesihatan mental sesudah bencana berskala

besar, seperti yang baru berlaku. Pekerjaan yang dilakukan di negara-negara, menumpukan pada membantu Jabatan Kesihatan Indonesia, Maldives dan Sri Lanka dalam melakukan asessment, perancangan dan penyelarasan aktiviti dalam sektor kesihatan.

Dari asessment tersebut maka mereka melihat situasi dari perspektif penduduk, yang memandang sebagai berikut: (1) Walaupun tidak ada data yang reliabel tentang jumlah orang dengan masalah kesihatan mental di negara yang terkena tsunami, patokan berikut memberikan anggaran akan besarnya permasalahan. Angka-angka ini berbeza mengikut keadaan (misalnya melibatkan faktor sosiokultural, terpaparnya pada bencana sekarang atau lampau) dan metoda asessmentt serta memberi penunjuk kasar apa yang diharapkan WHO mengenai besarnya morbiditas dan distres. Kami melihat 3 kumpulan yang memerlukan respon yang berbeza:

**Kumpulan pertama**, adalah orang-orang dengan distres psikologik ringan yang mereda dalam beberapa hari atau minggu. Anggaran yang sangat kasar menyebutkan bahawa mungkin 20-40% dari penduduk yang terkena tsunami masuk dalam kategori ini. Mereka tidak memerlukan campur tangan khusus.

**Kumpulan kedua**, orang-orang dengan distres psikologik sederhana atau berat yang mungkin mereda dengan berlalunya masa atau dengan distres ringan yang kronik. Kelompok ini dianggarkan sebanyak 30-50% daripada penduduk yang terkena. Kumpulan ini meliputi orang-orang yang cenderung terlabel diagnosis psikiatrik dalam banyak survei menggunakan instrumen psikiatri yang belum diaktifkan untuk konteks budaya tempatan dan berkaitan bencana. Semua aktiviti Jabatan yang berkaitan tsunami dilakukan dalam kerja sama dengan Jabatan Tindakan Kesihatan dalam Krisis WHO, WHO Regional Asia Tenggara dan WHO Pejabat Negara bersangkutan. Kumpulan ini

dapat terbantu oleh serangkaian intervensi sosial dan psikologi asas, yang dipandang bermanfaat untuk mengurangkan distress.

**Kumpulan ketiga**, orang-orang dengan gangguan mental, gangguan mental ringan dan sederhana. Di populasi umum tersebar 12 bulan gangguan mental yang lazim darjah ringan dan sederhana (contohnya depresi dan gangguan anxietas, termasuk PTSD, ringan dan sederhana) (PTSD: post-Traumatic stress disorder / gangguan stres pasca-trauma,) rata-rata sekitar 10% di seluruh dunia (data World Mental Health Survey 2000). Angka ini akan meningkat - mungkin hingga 20% - selepas terdedah kepada trauma dan kehilangan yang berat. Setelah beberapa tahun, dengan pemulihan semulajadi, nombor tersebut akan menurun dan menetap pada tahap yang lebih rendah, sekitar 15% di daerah yang terkena sangat parah.

Jadi sebagai akibat bencana gangguan di masyarakat dijangka meningkat sekitar 5-10%. Ada suatu pengertian yang salah bahawa PTSD adalah gangguan mental utama atau terpenting yang diakibatkan oleh bencana. PTSD hanya satu daripada sejumlah (dan kerap terjadi bersamaan dengan / komorbid) gangguan mental yang lazim (gangguan mood dan anxietas), yang lebih banyak tergolong gangguan mental ringan dan sederhana, dan yang menjadi lebih banyak selepas bencana. Tingkat perilaku mencari pertolongan (*help-seeking behavior*) untuk gejala PTSD pada banyak kebudayaan bukan Barat, menandakan bahawa PTSD bukanlah tumpuan dari banyak survivor trauma. Kerana itu, WHO sangat prihatin bahawa banyak pihak terlalu menekankan PTSD dan membuat perkhidmatan yang sangat khas menegak (berdiri sendiri) yang tidak melayani orang dengan masalah mental yang lain. Cara kerja semacam ini akan membuang banyak sumber daya yang berharga.

Gangguan mental berat cenderung menimbulkan hendaya berat pada fungsi sehari-hari (psikosis, kemurungan berat, anxietas yang berat, penyalahgunaan zat yang



teruk dsb), didapati pada sekitar 2-3% penduduk awam di seluruh dunia (data World Mental Health Survey 2000) . Orang-orang dengan gangguan ini mungkin tidak dapat melakukan tindakan penyambung hidup (untuk dirinya atau untuk anak-anaknya); mengalami distres yang membuat tidak berdaya; atau tidak boleh ditangani secara sosial. Angka 2-3% ini dijangka meningkat (sampai sekitar 3-4%) selepas terdedah kepada trauma dan kehilangan yang berat. Trauma dan kehilangan boleh menimbulkan: (a) kekambuhan penyakit jiwa dahulu (misalnya membuat depresi ringan menjadi berat), (b) pada sebahagian orang menimbulkan bentuk yang teruk dari gangguan mental akibat trauma. Oleh kerana itu, mereka mengesyorkan bahawa:

Pertama, kerosakan yang ditimbulkan oleh gempa bumi / tsunami telah menyebabkan distres (stres traumatik, stres yang berkaitan kehilangan dll.) Pada sebahagian besar penduduk. Kerananya, WHO menganggarkan peningkatan sebanyak 5-10% untuk semua gangguan mental. Ini bererti, tidak ada pembenaran untuk menggunakan intervensi psikiatrik pada sebahagian besar penduduk, dan juga tidak ada pembenaran untuk fokus khusus pada PTSD di atas gangguan mental terinduksi trauma lain, seperti gangguan anxietas (non-PTSD) dan depresi.

Kedua, WHO menyarankan negara-negara yang terkena tsunami untuk segera menyediakan intervensi perkhidmatan kesihatan mental dalam sektor kesihatan. Orang dengan gangguan mental - terinduksi bencana atau tidak - memerlukan akses terhadap perkhidmatan kesihatan mental asas, yang harus disediakan melalui perkhidmatan kesihatan awam atau melalui perkhidmatan kesihatan mental masyarakat, di dalam sektor kesihatan. Adalah tugas WHO untuk bekerja sama dengan Jabatan Kesihatan untuk membantu menyelaras.

Ketiga, Intervensi ini - yang umumnya sedia bagi siapa sahaja (dengan atau tanpa gangguan) dalam pelbagai sektor - cenderung disebut 'psikososial' oleh para

pekerja kemanusiaan dan pembangunan. Secara tradisional spesialis kesihatan mental menggunakan istilah 'campur tangan psikososial' untuk menggambarkan intervensi kesihatan mental bukan-biologik untuk orang dengan gangguan mental, yang berbeza dengan penggunaan istilah 'psikososial' oleh pekerja kemanusiaan dan pembangunan saat ini.

Keempat, untuk aktiviti seperti ini, WHO mempunyai organisasi rakan tertentu untuk bekerja dengan kerajaan untuk menguatkan sistem kesihatan mental di negara yang terkena.

Kelima, WHO menyarankan negara-negara untuk menyediakan intervensi sosial dan psikologik asas bagi masyarakat awam melalui pelbagai sektor di samping sektor kesihatan. Intervensi ini boleh: (a) mengendalikan distres psikologik yang luas pada orang-orang yang tidak menderita gangguan dan (b) mempunyai sokongan bagi orang-orang dengan gangguan mental yang tidak mencari pertolongan pada sektor kesihatan. Contoh intervensi sosial adalah memulakan (kembali) sekolah, menyusun ruang yang sesuai untuk kanak-kanak, program penyatuan keluarga, dan inisiatif pembangunan ekonomi. Contoh campur tangan psikologik dasar adalah mengajar kemahiran mendengar dan sokongan psikologik kepada pekerja komuniti. (Banyak campur tangan sosial dan psikologik digambarkan dalam dokumen *Mental Health in Emergencies* (WHO, 2003).

Intervensi sosial dan psikologik, biasanya berlaku dalam pelbagai sektor dan cenderung bekerja dengan melibatkan sistem sekolah dan sumber daya manusia lain yang ada di masyarakat, (contohnya pekerja komuniti, tokoh masyarakat, penyembuh tradisional dll.). Banyak campur tangan ini memerlukan pemahaman yang mendalam akan konteks sosiokultural. Orang luar jarang mempunyai pemahaman ini. Profesional kesihatan mental (terutama yang berasal dari daerah yang terkena) mempunyai peranan

dalam latihan dan pengawasan campur tangan sokongan psikologik asas (seperti pertolongan pertama psikologik dan kaunseling penyelesaian masalah), walaupun jika hal itu diterapkan di luar perkhidmatan kesihatan dan kesihatan mental.

Profesional disiplin lain (misalnya proteksi, komunikasi, pendidikan, pembangunan komuniti dan penyelarasan bencana dll.) Biasanya berada di depan, dalam pelaksanaan intervensi sosial yang relevan (memulakan sekolah, menyusun ruang untuk anak-anak, penyatuan semula keluarga, pembangunan ekonomi dsb.) dan hal tersebut diterapkan dengan baik. Dalam hal merangkumi banyak orang, lebih efisien untuk menggunakan intervensi sosial daripada campur tangan psikologik asas.

Kerja sama antar profesional dan badan/organisasi sangat penting untuk membuat intervensi sokongan sosial dan psikologik dasar sedia bagi masyarakat luas. WHO mempunyai cadangan bagi aktiviti seperti ini (lihat *Mental Health in Emergencies*, WHO, 2003), tetapi tidak memimpin koordinasi aktiviti di luar sektor kesihatan. WHO prihatin bahawa banyak campur tangan klinikal (contohnya psikoterapi menumpukan PTSD) yang bukan merupakan hal mendasar dilakukan di luar sektor kesihatan dengan cara tidak berkoordinasi dan bersifat menegak / berdiri sendiri di daerah yang terkena tsunami, WHO Juga prihatin akan banyaknya usaha bantuan antarabangsa yang menumpukan hanya pada latihan, tanpa ada pemahaman terhadap kebudayaan, tanpa ada pengawasan lanjutan dan tanpa mengintegrasikan intervensi yang dilatihkan ke dalam sistem yang ada. Upaya semacam ini akan lebih berakibat buruk daripada kebaikan.

WHO menyarankan kumpulan-kumpulan antarabangsa untuk mempelajari dengan cermat *the Guidelines for International Trauma Training by the International Society for Traumatic Stress Studies guidelines* dan dokumen antar organisasi *Psychosocial Care and Protection of Tsunami affected Children* sebelum memulakan

usaha latihan menumpukan trauma. WHO merupakan salah satu daripada beberapa badan yang hadir sebelum, semasa dan lama selepas darurat di banyak negara. Kegiatan kesihatan mental yang berkaitan dengan darurat telah meningkatkan peranan karya WHO dan badan lain. WHO merancang untuk memulakan pembangunan pedoman antar organisasi tentang intervensi psikososial / kesihatan mental dalam darurat.

#### **2.9.8. Hasil Kajian Dampak Tsunami 2004 Pada Psikologis**

Mathew Tull (2009) telah melakukan kajian tentang kesan tsunami yang terjadi pada tarikh 24 Disember 2004, terhadap psikologi pada orang-orang Asia Selatan dan Afrika Timur yang diduga terkena tsunami. Bencana alam ini mengakibatkan kerosakan yang luar biasa di beberapa wilayah di Sri Lanka yang telah mempengaruhi penduduknya. Bencana tersebut telah mengakibatkan kematian 31.187 orang, hilang 4.280 orang, terluka 23.189 orang, dan perpindahan dari 545.715 orang. Dari kajian tersebut, didapati bahawa tsunami secara langsung telah meninggalkan kesan psikologis pada orang-orang yang terdedah kepada kejadian di Sri Lanka, iaitu: selepas 3 hingga 4 minggu pasca tsunami, 14% hingga 39% dari kanak-kanak mengalami PTSD, dan dalam kajian lain, selepas 4 bulan kejadian, ditemui 41% dari remaja dan sekitar 20% dari ibu-ibu mereka, mengalami PTSD. Namun, sedikit yang mengetahui kesan psikologi jangka panjang dari tsunami, akan tetapi Pertubuhan Kesihatan Dunia menganggarkan bahawa banyak orang akan membangunkan pelbagai gangguan jiwa sebagai akibat dari peristiwa tersebut.

Selanjutnya *International Pasca-Tsunami Study Group* (IPTSG) mengembangkan kembali kesan psikologi untuk jangka panjang, agar dapat mengembangkan intervensi yang berkesan pada orang-orang yang telah terpengaruh olehnya, seperti juga gejala-gejala psikologi yang dialami oleh orang-orang dari daerah Peraliya (sebuah daerah di wilayah selatan Sri Lanka) 20-21 bulan selepas tsunami.

Dalam Peraliya, sekitar 2.000 orang meninggal, 450 keluarga menjadi tunawisma, dan 95% dari desa hancur. Selain bencana alam itu sendiri, dari mereka yang ditemubual dari daerah ini, banyak mengalami peristiwa traumatis lain, seperti: (1) 80% merasa seolah-olah hidup mereka dalam bahaya, (2) 51% mempunyai ahli keluarga yang meninggal sebagai akibat dari tsunami, (3) 80% punya teman yang kehilangan hidupnya, (4) 35% mempunyai ahli keluarga terluka parah, (5) 45% punya teman terluka parah. Majoriti dari mereka yang ditemubual, juga mempunyai kerosakan yang sangat besar atas milik mereka sendiri (75%), milik ahli keluarga (76%), dan / atau milik teman-teman (72%).

Selain itu temuan kajian juga menunjukkan kesan tsunami terhadap psikologi mereka iaitu: 21% telah mengalami PTSD, 16%, kemurungan, 30% menderita kecemasan, dan 22% mempunyai gejala somatik (atau gejala fizikal tanpa penjelasan perubatan yang jelas), begitu juga dalam pekerjaan, dalam kehidupan sosial, dan kehidupan keluarga, mereka juga menyatakan memiliki kesulitan. Kerosakan fizikal dan psikologi kesan daripada bencana tsunami 2004 tak dapat dinafikan. Jadi bila dilihat dari semua hasil kajian di atas, maka dapat disimpulkan bahawa konflik bersenjata, keganasan, peperangan dan kejadian-kejadian yang luarbiasa menyakitkan individu, seperti bencana alam, gempa dan tsunami, ternyata telah meninggalkan kesan yang mendalam pada mangsa dengan tahap yang berbeza-beza, bergantung seberapa teruk peristiwa yang dialaminya. Seperti contoh beberapa kes yang ditemui penulis dalam beberapa temu duga yang tidak sengaja dilakukan pada acara pembahagian bantuan korban di Aceh, iaitu:

Pertama, Assyari (2008) seorang lelaki dewasa salah satu korban konflik yang mengalami peristiwa traumatic dari Desa Matang Aceh Utara, ianya merupakan saksi hidup yang merasakan penyiksaan seperti di ikat kaki dan tangan, kemudian di

tenggelamkan dalam perigi selama 15 menit berkali-kali, disetrom dengan elektrik, dimasukkan ke dalam peti dengan posisi duduk yang ukuran petinya sesuai ukuran badan. Akibat perlakuan tersebut hingga ke hari ini, dia tidak berani memegang apa sahaja yang ada hubungannya dengan elektrik, dan matanya sudah kabur dan juling, kakinya pincang dan juga sangat takut melihat golok, sodok, cangkul dan buluh runcing. Kerana alat tersebut yang digunakan untuk mengorek tanah dan menanam hidup-hidup, serta memotong leher teman-temannya. Sampai ketika temuduga, dia menyatakan masih sangat takut bila melihat polis, marinir, askar dan ia selalu mimpi buruk dan kerap terbayang teman-teman yang dibunuh di depan matanya. Dan yang paling sedih adalah ia sudah banyak lupa tentang kehidupannya pada masa sebelum konflik.

Kedua, Zulkarnain (2010) salah satu polis yang bertugas di Kandang Aceh Utara pada masa konflik, ketika perang senjata antara GAM dengan Polis, ia selalu merasa sangat stress, kerana pada saat peristiwa tersebut ianya berasa cemas sangat, kerana dalam mindanya apakah ia jadi mangsa yang mati atau hidup. Kerana ia pernah mendapati teman satu bilik denganya dalam goni beras yang kepala dan kaki tangannya sudah terpotong padahal pada masa itu dia baru saja menyuruh temannya untuk pulang kerumah untuk berehat, dan dalam masa lima menit sahaja dari balai polis peristiwa itu terjadi pada temannya. Akibat peristiwa tersebut banyak juga ahli polis yang masih muda stress sampai sekarang, kerana ianya merasa dikejar oleh orang yang tidak dikenali.

Ketiga, Tasmia (2011) seorang ibu dari desa lambuk menyatakan bahawa rumahnya pernah menjadi tempat persembunyian GAM, sehingga polis beramai-ramai menembaki rumahnya, padahal di dalam rumah tersebut ada orang tua, anak-anak, dan para remaja yang terkurung tidak dapat keluar pada saat kejadian tersebut, sehingga sampai sekarang anak-anak, remaja dan orang tua tersebut sangat takut bila mendengar suara ribut, letupan, suara keras, maka mereka langsung berketakutan yang

melampau. Seperti mencengkam tangan, memeluk, orang-orang yang berada di dekatnya dengan sangat erat.

Peristiwa di atas, merupakan sebahagian kecil pengalaman traumatis yang baru terungkap dari kesan konflik dan tsunami, masih banyak kejadian-kejadian yang lebih tragis lagi dalam kehidupan rakyat Aceh, maka untuk lebih jelasnya sangat perlu dilakukan kajian khusus tentang kesan, tahap trauma dan perbezaan trauma yang dialami para kalangan remaja pelajar Sekolah Lanjutan Atas (SLTA) yang menjadi mangsa pada peristiwa konflik dan tsunami, kerana dari hasil kajian yang telah dilakukan dalam masyarakat Aceh, pada orang dewasa oleh TIM peneliti *International Organization for Migration* (IOM), (2006, 2007) didapati bahawa warga Aceh menderita tahap Traumatic tinggi. Oleh kerana itu, maka "kajian tentang trauma dalam kalangan remaja akibat mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh", sangat perlu dilakukan, kerana remaja itu adalah generasi penerus dimasa hadapan yang perlu dijaga kesihatan fizikal dan mentalnya. Kerana apabila mereka masih dalam keadaan trauma, maka hal seperti itu tidak akan dapat terwujud, dan ini penting agar dapat dicarikan pengkawalan yang berkesan untuk menghilangkan distress psikologi yang dialami pasca traumatic pada remaja, seperti depresi, stres dan PTSD. Selain itu, remaja adalah penerus bangsa Aceh yang sangat diharapkan dapat memperbaiki dan memajukan Aceh dalam pelbagai sektor agar berjaya mencapai kesejahteraan. Namun apabila para generasi tersebut masih dalam keadaan trauma harapan tersebut tidak akan pernah wujud.

## **2.10. Konsep Pengkawalan Pasca Peristiwa Traumatik**

Pasca kejadian traumatik seperti: Bencana Alam, kekerasan, konflik, peperangan dan bentuk-bentuk penyesakan yang berlaku pada fizikal dan mental, akan meninggalkan kesan yang paling dalam, dalam kehidupan manusia, kerana ia boleh menyebabkan luka, dan trauma panjang dalam kehidupannya. Seperti kesan perang, konflik, rusuhan

terhadap rakyat di mana-mana ia berada. Perang telah banyak mengubah manusia menjadi cacat, kejam, takut, bahkan ada yang menyebabkan gila. Semua kejadian-kejadian yang dirasakan dalam kehidupan seseorang akan mempengaruhi sifat dan prilakunya, dalam kehidupan hari-hari pasca berlakunya suatu peristiwa menyakitkan. Oleh kerana itu, apabila sesuatu terjadi yang sifatnya sangat luar biasa, yang sukar dihubungi dengan akal sihat, maka pengendalian mangsa harus ditangani secara dua tahap iaitu; pada masa krisis dan pada masa trauma. Caplan (dalam Everly & Mitchell, 1999) menyatakan Intervensi krisis merupakan perkhidmatan yang diberikan pada masa kecemasan untuk kesihatan jiwa, yang sasarannya adalah: (1) mengurangkan risiko dari krisis dan trauma yang terjadi, (2) menstabilkan dan mengurangkan segera dari kekerasan krisis dan keadaan trauma, dan (3) mempermudah penyembuhan dan pemulihan dari pada masa krisis dan trauma. Krisis boleh menetapkan spektrum dengan nyata dari situasi krisis yang selesa kepada kejadian trauma yang ekstrim sebagai gambaran.

#### **2.10.1. Pada Masa Krisis**

Caplan (dalam Everly, 1999) menyatakan bahawa suatu krisis pada umumnya digambarkan sebagai satu keadaan yang mana perasaan dari individu tentang psikologi homeostasis diganggu oleh peristiwa kurang baik, atau yang paling penting penyebab berlakunya stress, mekanisme kawalan yang biasa digunakan oleh individu di masa lalu untuk membina semula homeostasis, membuktikan kini tidak berkesan. Kegagalan seseorang dalam strategi kawalan, biasanya seperti penyelesaian masalah dan pelbagai mekanisme pertahanan ego yang sekarang meninggalkan individu di dalam suatu status ego yang dystonia (ketiadaan daya, atau tegang otot) di mana merasa selalu diperhatikan atas kekurangannya, sifat mudah terluka, dan dysphoria (depresi yang disertai dengan kecemasan). Akan tetapi bagaimana pun juga krisis ini adalah suatu ancaman kepada



kesihatan masyarakat. Untuk itu, satu keperluan program mendesak di sana adalah untuk menyediakan sokongan psikologi.

Krisis boleh menetapkan spektrum dengan nyata dari situasi krisis yang selesai kepada krisis yang melampau seperti gambaran oleh DSM-IV (APA, 1994) berikut ini: (1) 90% daripada warganegara Amerika menunjukkan suatu peristiwa traumatik seumur hidup mereka, (Breslau et al., 1998) (2) risiko keadaan PTSD 13% untuk wanita dan 6% untuk lelaki, (3) Angka peringkat orang bunuh diri kelihatan meningkat hampir lebih 63% pada tahun pertama sejak gempa bumi, peningkatan dari angka pertama 30% 2 tahun selepas angin taupan, dan meningkat hampir 14% empat tahun selepas banjir (Krug et al., 1998), (4) warga Amerika dari umur 12 tahun atau yang telah berpengalaman 37 juta kejahatan pada tahun 1996 (*Bureau of Justice Statistics*, 1997a), (5) lebih kurang 1 juta orang setiap tahun menjadi mangsa keganasan dan kejahatan saat bekerja, (Bachman & Forsell, 1994), (6) pada tahun 1994 ruangan gawat darurat rumah sakit Amerika dilakukan lebih kurang 1.4 juta orang manusia untuk kerugian dari kekerasan antarabangsa, (*Bureau of Justice Statistics*, 1997b), (7) pada tahun 1997 ada 304 tindakan daripada pengacau antarabangsa, satu - tiga di teruskan pada target Amerika, (8) di dalam suatu contoh pada Ahli pemadam api di bandar Amerika Syarikat, dijumpai bahawa hampir 32% ditaksir dengan gejala yang konsisten dengan suatu keputusan diagnosis PTSD (Beaton, Murphy, & Corneil, 1996).

Menurut Raphael, menyatakan bahawa, situasi krisis merupakan situasi yang boleh mengancam fizikal, mental, emosional dan spiritual seseorang, di mana ia tidak berdaya menghadapinya. Pelbagai aspek yang boleh menyebabkan situasi ini adalah: (a) bencana alam (gempa bumi, tsunami, kebakaran), (b) bencana akibat ulah manusia (kemalangan dan perang), (c) keganasan dan rusuhan, (d) kematian atau kehilangan orang yang dicintai, dll. Dalam situasi krisis, hal-hal yang paling mendasar terjadi dan akan dialami oleh mangsa adalah: (a) keperluan material asas tidak dipenuhi akibat

terputusnya rantai pengedaran, sulitnya pengangkutan, (b) kehilangan rasa aman, (c) berduka cita atas kematian dan kehilangan orang-orang terdekat, (d) berasingan dengan keluarga dalam usaha menyelamatkan diri, (e) pertukaran tempat tinggal kerana harus mengungsi, dan (f) gangguan terhadap kelangsungan hidup seperti tidak dapat bersekolah, bekerja dan lain-lain). Dalam situasi ini, perkhidmatan yang boleh dilakukan adalah: (a) *Psychological first aid* (pertolongan pertama psikologi), (b) Triage (rancangan intervensi), dan (c) Action (tindakan).

#### **2.10.1.1. Psikological First Aid**

Pertolongan pertama yang dapat dilakukan untuk psikologi adalah memberikan rasa aman dan tempat perlindungan, termasuk rasa nyaman (menyelimuti, memberi minum, memeluk), penyatuan semula dengan keluarga (bila berasingan dan mungkin untuk dilakukan), Orientasi tujuan dan aktiviti apa yang sedang dilakukan pada saat kejadian, dan setelah kejadian apakah masih mungkin untuk dilakukan kembali, dan jejaring sokongan pada saat kejadian yang boleh dihubungi, apakah keluarga / rakan-rakan atau sesiapa sahaja yang pada saat kejadian ia bersamanya.

Pertama, *triage* (Rencana Intervensi. Dalam hal ini ada tiga rancangan intervensi yang boleh dilakukan pada ABC impairment (gangguan ABC) iaitu: pada triage I, untuk Arousal (dengan bertindak balas terhadap stimulus dari luar), kumpulan risiko tinggi perlu perhatian lebih seperti remaja, kanak-kanak; lebih terkejut, takut, gelisah, panik, dll, dan pada Behaviour (perilaku) irasional, panik, membahayakan diri sendiri dan orang lain, pada *Cognitive* (proses pikir) blank (fikiran kosong), disorientasi (linglung), tidak tahu waktu, hari, tempat, nama, jadi hal-hal yang dapat dilakukan adalah: Decompensation (pengurangan ketegangan), Physical health (kesihatan fizikal). Risk factors (penilaian faktor risiko). Pada triage II, pertolongan yang boleh diberikan dalam ladders ini adalah: (1) pada arousal iaitu menenangkan, membantu bernafas, bantuan kecemasan, (2) pada behaviour iaitu memantau agar tetap tenang, memelihara situasi

dalam, *assesment*, dan (3) pada *cognitive* iaitu memberi nasihat, menerangkan situasi dan apa yang sedang atau baru saja terjadi, perhatikan gangguan fizikal yang mungkin dialami. Pada triage III, pertolongan yang dapat dilakukan adalah (1) *decompensation* (usaha mengurangkan ketegangan), disini petugas membantu dan mendampingi survivor dalam usahanya untuk menghadapi dan menerima kehilangan orang-orang yang dicintai, mencari apakah ada teman atau keluarga yang lain yang masih boleh dihubungi untuk membantu mendampingi survivor, (2) *Physical health* (kesihatan fizikal) pegawai menyemak keparahan luka-luka fizikal yang dialami, memberikan pertolongan pertama, membawa ke rumah sakit atau klinik terdekat, dan (3) *Risk factors* (penilaian faktor risiko) petugas melihat, menilai dan waspada akan adanya faktor risiko lain yang boleh memburukkan keadaan survivor (gempa susulan, tsunami, longsor, epilepsi, serangan jantung, dll).

Kedua **Action**. Yang dapat dilakukan dalam *Action I* adalah, untuk **Arousal** ialah menenangkan, membantu bernafas, bantuan kecemasan untuk luka ringan dan pendarahan kerana beberapa orang dapat menjadi lebih panik ketika melihat darah. Untuk **behaviour** boleh dilakukan memantau agar tetap tenang, memelihara situasi dalam, *assesment* perilaku, kenali bentuk-bentuk perilaku yang tidak sesuai dengan respon yang umum timbul pada *survivor*, dan untuk **Cognitive** boleh dilakukan memberi nasihat, menerangkan situasi, memperhatikan gangguan fizikal yang mungkin dialami seperti amnesia, tremor, panik, maka disini yang harus dilakukan adalah menenangkannya. Sedangkan dalam *action II* yang boleh dilakukan dalam tahap ini adalah: penilaian dan penyelenggaraan kesihatan mental, dengan melihat apakah survivor mengalami gangguan ABC atau tidak, dan sejauh mana bantuan rawatan dan pemulihan mental yang diperlukannya, siapa yang boleh melakukan, di mana bantuan boleh diperolehi, rawatan perubatan (bila diperlukan), meminimalisir faktor risiko tinggi untuk mencegah terjadinya penurunan keadaan survivor, dan kenali faktor-faktor risiko

tinggi, yang boleh menyebabkan kesan buruk lebih banyak bagi survivor, sebisa mungkin kurangi atau hindarkan dari mereka untuk mengelakkan kesan lanjutan.

Ketika semakin banyak para profesional kesihatan mental di berangkatkan untuk melaksanakan tugas pengendalian kesihatan mental dalam keadaan kecemasan yang berkaitan dengan bencana acut, pernah sangat berjaya, kerana bertugas sangat efektif dalam penanganan pada masa kecemasan, disini latihan kusus sangat diperlukan. Intervensi kesihatan mental pada masa kecemasan sangat berkesan dari pada pskhoterapi tradisional. Koss dan Shiang (1994) menyatakan beberapa bahan yang disimpulkan dari para profesional kesihatan mental, tentang format intervensi psikologi yang ringkas, tanpa harus mengikuti latihan formal, iaitu perbezaan antara pengendalian intervensi krisis dengan psikoterapi:

Jadual 2.4. Perbezaan Pengendalian Intervensi Krisis dengan Psikoterapi

No		Intervensi Krisis	Psikoterapi
1	konteks	Pencegahan	Perbaikan
2	waktu	Segera, Dekat dengan penyebab stres, atau kompensasi akut	Di tunda, atau jauh dari masa penyebab terjadinya dekompesasi akut.
3	Tempat	menutup semua hal yang terkait degan penyebab stres atau decompensasi akut. di manapun perlu.	Aman, kerana lingkungan menjamin/ mengamankan
4	lamanya	1-3 sesi secara khas	Sepanjang yang diperlukan
5	Peran pelayan	Aktif dan pengarahan	Membimbing, kerjasama dan menasehati
6	Strategi	Proses kesadaran dan lingkungan penyebab stress	Sumber kesadaran dan ketidaksadaran dari fotogenesis
7	Fokus Sementa ra	Saat itu juga	Yang telah lalu dan akan datang
8	Harapan Pasien	Arahan dan pengurangan rasa sakit dan dukungan dari pengarah	pengurangan gejala,, pengurangan rasa sakit, pegembangan pribadi, kerja sama/kolaborasi dan bimbingan
9	Tujuan	MenStabilkan, mengurangi perusakan/pelemahan, kembali ke berfungsi, atau bergerak ke tingkat kepedulian selanjutnya	Pengurangan gejala, pengurangan perusakan/pelemahan, koreksi fothogenesis, pertumbuhan pribadi, Rekonstruksi pribadi

Bila dilihat dari jadual tersebut di atas, jelas bahawa penangan krisis itu dilakukan ketika mangsa baru mengalami peristiwa traumatik yang pertolongannya dilakukan secepat mungkin, sedangkan terapi dilakukan sesuai dengan keperluan klien, boleh jadi menggunakan waktu yang lebih lama.

### **2.10.2. Pada Masa Trauma**

Konsep pengendalian mangsa pada masa trauma dan PTSD boleh dilakukan dengan pelbagai cara, bergantung kepada seberapa parah trauma yang diderita. NiMH (*National Institute of Mental Health*) PTSD boleh diubati oleh seorang doktor atau kesihatan mental profesional yang mempunyai pengalaman dalam merawat orang-orang dengan PTSD. Rawatan mungkin termasuk "berbicara" terapi, ubat-ubatan, atau kedua-duanya. Ada 3 cara yang kerap dilakukan, iaitu: (1) Bimbingan dan Konseling, (2) Psikoterapi, dan (3) farmakoterapi.

#### **2.10.2.1 Bimbingan dan Konseling**

Pengendalian yang dilakukan dengan bimbingan dan kaunseling adalah pengendalian dimana kaunselor mengajak klien yang trauma untuk bercakap secara terbuka apa sahaja yang ia rasakan setelah peristiwa traumatic berlaku, dan kemudian memasukkan fikiran-fikiran positif yang rasional untuk mengubah persepsi yang ada pada klien dengan teknik kaunseling yang umum dilakukan, iaitu: (1) *Attending*, iaitu perilaku menghampiri klien yang merangkumi komponen kontak mata, bahasa tubuh, dan bahasa lisan yang boleh meningkatkan harga diri, mencipta suasana yang selamat dan yang mempermudah ekspresi perasaan pelanggan dengan tidak; (2). *Empati*, ialah kemampuan kaunselor untuk merasakan apa yang dirasakan klien, merasa dan berfikir bersama klien dan bukan untuk atau tentang klien; (3) *Refleksi*, adalah teknik untuk memantulkan kembali kepada klien tentang perasaan, fikiran, dan pengalaman sebagai

hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan nonverbal; (4) *Eksplorasi*, merupakan teknik untuk menggali perasaan, pikiran, dan pengalaman pelanggan. Hal ini penting dilakukan kerana banyak klien menyimpan rahsia batin, menutup diri, atau tidak mampu mengemukakan pendapatnya, sehingga ia merasa tertekan; (5) menangkap pesan (*paraphrasing*), adalah teknik untuk menyatakan kembali esensi atau inti ungkapan klien dengan teliti mendengar pesan utama nya, mengungkapkan kalimat yang mudah dan sederhana, biasanya ditandai dengan kalimat awal: adakah atau nampaknya, dan mengamati respons pelanggan terhadap kaunselor; (6) soalan terbuka (*Opened Question*), iaitu teknik untuk memancing klien mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya; (7) soalan tertutup (*Closed Question*), iaitu soalan yang digunakan biasanya dengan jawapan ringkas seperti ya atau tidak yang tujuannya untuk mengumpul maklumat, menjernihkan atau memperjelas sesuatu, dan menghentikan pembicaraan klien yang melantur atau menyimpang jauh; (8) dorongan minimum (*Minimal Encouragement*), adalah teknik untuk memberikan suatu dorongan langsung yang singkat terhadap apa yang telah dikemukakan klien. Misalnya dengan menggunakan ungkapan: oh, ya, Lepasto, terus, Dan ... seterusnya; (9) Interpretasi, iaitu teknik untuk mengulas pemikiran, perasaan dan pengalaman pelanggan dengan merujuk pada teori-teori, bukan pandangan subjektif kaunselor, dengan tujuan untuk memberikan rujukan pandangan supaya klien memahami dan berubah melalui pemahaman dari hasil rujukan baru tersebut; (10) mengarahkan (*directing*), iaitu teknik untuk mengajak dan mengarahkan klien melakukan sesuatu; (11) menyimpulkan sementara (*summarizing*), iaitu teknik untuk menyimpulkan sementara pembicaraan sehingga arah pembicaraan semakin jelas.

### 2.10.2.2. Psikoterapi

Psikoterapi adalah perubatan didasarkan pada teknik berbicara dengan orang lain yang objektif, simpati dan tidak menghakimi. Dalam situasi seperti ini, untuk berbicara tentang apa sahaja isu yang kadang-kadang sangat menyakitkan atau cabaran hidup yang mungkin dilakukan, dengan berkongsi masalah dan belajar lebih banyak tentang mereka, untuk mendapatkan kekuatan dan pemahaman dan mungkin dilakukan untuk menangani mereka secara lebih berkesan dalam mendapat kedudukan yang penting atas mereka. Psikoterapis boleh menggunakan kombinasi teknik-teknik untuk menangani masalah-masalah seperti: Ketagihan, pengurusan marah, kecemasan dan depresi, perceraian dan hubungan berpecah belah, kelainan makan, masalah kewangan dan redundansi, kebajikan umum, rugi dan berkabung, kurangnya motivasi, harga diri yang rendah, fizikal, emosi atau seksual, dan trauma. Psikoterapis memiliki cara kerja yang berbeza bergantung pada latihan mereka. Ini termasuk: humanistik psikoterapi, integratif psikoterapi, psikoterapi dan analisis Jung, transpersonal psikoterapi, psikodinamik psikoterapi, terapi keluarga, hubungan kaunseling, psikoterapi kognitif dan perilaku dan neurolinguistic pengaturcaraan.

Gary Craig adalah seorang Jurutera lulusan *Stanford University* dan dalam kurun waktu 40 tahun lebih mempelajari misteri perilaku manusia, dia juga adalah seorang master *practitioner* dalam human *performance* iaitu *Neuro-Linguistic Programing* (NLP) mengemukakan bagaimana *thought field therapy* (TFT) menjadi *emotional freedom technique* (EFT). Teknik EFT berbeza dengan *psikoterapy konvensional*, EFT berasumsi bahawa memang benar ingatan sedar atau tidak sedar tentang masa lalu dapat membangkitkan gangguan psikologi, tetapi proses ini tidak berjalan secara langsung, melainkan ada "proses antara" yang dinamakan "*disruption of body's energy system*" (terganggunya system energy tubuh) seperti bagan di atas dan inilah sebenarnya yang

menyebabkan gangguan atau munculnya emosi negative. Jadi EFT tidak perlu membongkar ingatan traumatik masa lalu yang bila ambil perhatian akan sangat menyakitkan sekali (seperti mangsa pemerkosaan, trauma perang, trauma tsunami, gempa bumi, mimpi buruk berpanjangan, dan lain-lain) tapi cukup dengan melakukan "short cut" dengan memotong mata rantai di atas tepat ditengah-tengahnya. Cukup selaraskan kembali system tenaga tubuh kita dengan ketukan ringan (tapping), maka emosi negative yang kita rasakan akan hilang dengan sendirinya.

Sentuhan pada titik-titik tertentu pada tubuh dan otot manusia serta pengaruhnya pada penyakit fizikal dan emosi sudah diteliti oleh Dr. George Goodheart ahli "*Chiropractic*" (terapi pijatan pada tulang belakang untuk menyembuhkan pelbagai penyakit). Ilmu yang dia kembangkan adalah "*applied kinesiology*" iaitu diagnosis penyakit seseorang dengan menyentuh otot-otot tertentu. Mereka berasumsi penyakit dalam organ tubuh manusia seperti jantung, paru-paru, liver dan lain-lain berdampak pada melemahnya otot tertentu dan dengan pemeriksaan tersebut seorang ahli kinesiologi dapat menentukan organ tubuh mana yang sakit. Prinsip inilah yang digunakan oleh Dr. John Diamond Fellow *member of the Royal Australian and New Zealand Collage of Psychiantry* dan Bekas Presiden *the International Academi of Preventive Medicine* yang mempraktikkan dan menulis tentang hubungan system energy tubuh dengan gangguan psikologi.

Gangguan Stress berat biasanya muncul satu bulan selepas individu mengalami atau melihat kejadian yang mengancam atau mematikan, cedera parah, kekerasan fizikal pada individu atau lainnya, dan meresponnya dengan perasaan mendalam atau ketakutan, ketidakmampuan atau rasa takut. Diagnosis ini bertujuan untuk mengenali individu yang akan mengalami gangguan stress pasca-trauma. sebagaimana terjadi pada perang dunia pertama yang kemudian dikenali dengan istilah "*shell shock*", di mana ada



kesamaan reaksi diantara para tentera yang menderita geger otak disebabkan letupan bom atau ranjau dan penderitaan mereka mempengaruhi sistem sarafnya. Orang awam juga boleh mengalami hal yang sama, Gangguan stress berat (*Acute Stress Disorder*) akan terlihat dalam masa yang singkat, individu akan memperlihatkan gejala gangguan stress pasca trauma (*post-Traumatic stress disorder*) selepas trauma berlaku.

Gejala/symptom untuk mendiagnosis gejala ASD (*Acute stress disorder*), gejala berlangsung minimal dua hari sampai 4 minggu selama satu bulan pasca trauma berlaku. seseorang bisa digambarkan memiliki gejala ASD jika gejala gangguan mental lain tidak bisa menjelaskan gejala yang dialami. jika gejala itu muncul selepas satu bulan, maka diagnosis berubah menjadi PTSD (*post-Traumatic stress disorder*), dengan gejalanya adalah: (1) respon emosi yang kurang, rasa kesemutan atau mati rasa, (2) Kurang peka pada keadaan sekitar, (3) rasa mengawang, (4) tidak percaya diri atau merasa menjadi bukan diri sendiri, (5) ketidakmampuan mengingat kejadian / trauma, (6) meningkatnya kecemasan dan kesulitan tetap terjaga atau susah tidur, (7) kesulitan merasakan kenikmatan, (8) pengulangan rasa mengalami kejadian dengan pencitraan atau fikiran, mimpi, ilusi, kilas balik, (9) selalu menghindar dari tekanan fikiran, emosi, perbincangan, keramaian yang mengingatkannya pada trauma, (10) merasakan stress dengan fungsi-fungsi; social dan kemahiran yang berpasangan dengan afeksi kemampuan pesakit, dalam soalan dan keperluan rawatan.

Rawatan yang mungkin dilakukan adalah *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) adalah rawatan yang sangat cocok untuk ASD. Therapy ini mempunyai dua komponen: *pertama*, menolong mengubah pola pikir, atau pemikiran yang ada setelah peristiwa trauma. *Kedua*, cuba mengurangkan situasi kecemasan dalam keadaan yang mengundang. CBT tidak hanya menahan gejala dari ASD, tapi juga mencegah seseorang dari gejala PTSD. Seseorang yang didiagnosa memiliki ASD juga

mempunyai potensi PTSD akan tetapi setelah melalui CBT kemungkinan akan mengecil menjadi 20%. Konsultasi Psikologi dan Kumpulan pengurusan kecemasan adalah bentuk lain yang termasuk dalam terapi. dalam perundingan psikologi akan melibatkan terapi berjangka selepas trauma dan individu boleh "membicarakan semuanya". Dalam Kumpulan Pengurusan kecemasan, orang-orang berbagi bagaimana cara melawan kecemasan bersama. bagaimanapun kedua terapi tersebut telah terbukti tidak berkesan untuk rawatan ASD .

#### **2.10.2.3.Farmakoterapi**

Pengobatan dengan farmakoterapi adalah rawatan yang dilakukan dengan memberi ubat-ubatan seperti ubat anti-depressants kepada pesakit. Ubat-ubatan boleh mengurangkan kecemasan, depresi, dan insomnia yang kerap dialami dengan PTSD, dan dalam beberapa kes, mereka dapat membantu meringankan penderitaan mati rasa dan emosional yang disebabkan oleh kenangan traumatis. Beberapa jenis ubat-ubatan anti depresan telah memberikan sumbangan terhadap perbaikan di sebahagian besar pesakit (tetapi tidak semua) uji klinis, dan beberapa ubat-ubatan kelas-kelas lain telah menunjukkan janji. FDA telah menyetujui dua ubat, Paroxetine dan sertraline, untuk digunakan dalam rawatan PTSD. Meskipun tidak ada ubat yang telah terbukti untuk menyembuhkan PTSD, yang jelas ubat-ubatan kepada untuk melegakan gejala, yang membolehkan mangsa untuk menyertai dalam psikoterapi.

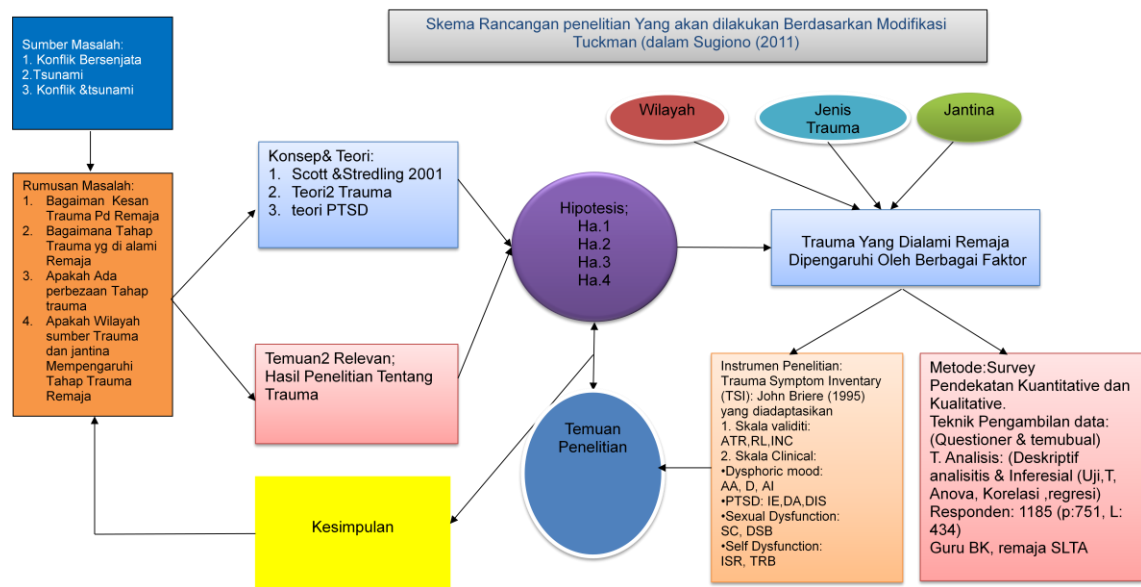
## BAB III

### METODOLOGI KAJIAN

#### 3.1 Pengenalan

Bab ini akan membicarakan tentang metodologi kajian yang dijalankan untuk menjawab soalan – soalan kajian yang dibina berdasarkan pernyataan masalah, sorotan literatur yang telah dikemukakan dalam bab-bab sebelumnya. Perbincangan bahagian ini meliputi reka bentuk kajian, proses pemilihan peserta kajian, tempat kajian, instrument kajian, kaedah analisis data.

#### 3.2. Rancangan Penelitian



#### 3.3 Reka Bentuk Kajian

Kajian ini merupakan kajian survei keatas remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh. Creswell (2005) menyatakan rancangan penyelidikan survei adalah suatu kaedah kajian di dalam kajian kuantitatif di mana penyelidik mengurus sesuatu bahagi orang-orang atau kepada keseluruhan penduduk dalam rangka menghuraikan sikap, pendapat, kelakuan, atau perkataan. Di dalam prosedur ini, penyelidik survei mengumpulkan data

kuantitatif, menombori data dengan menggunakan borang soal selidik yang dirumuskan dalam soalan kajian, atau secara statistical meneliti data, menghuraikan kecenderungan tentang menjawab, mempersoalkan dan untuk menguji hipotesis atau soalan penyelidikan.

Suryabrata (1983) mentakrifkan tujuan pengkajian survei adalah: (1) untuk mencari informasi faktual yang lebih rinci, (2) untuk mengidentifikasi masalah-masalah atau untuk mendapatkan justifikasi keadaan dan praktek-praktek realiti yang sedang berlangsung, (3) untuk membuat konsparasi dan evaluasi, (4) untuk mengetahui apa yang dikerjakan orang – orang lain dalam menangani masalah atau situasi yang sama agar dapat belajar dan mengambil keputusan untuk masa hadapan.

Rancangan kajian survei, berbeza dengan penyelidikan yang bersifat eksperimen, di sini penyelidik tidak melakukan suatu kawalan kepada peserta yang di selidik, sebab penyelidik tidak secara langsung memberikan pengkawalan kepada subjek, tidak berkobolehan menjelaskan punca dan kesan seperti halnya dengan kajian yang bersifat eksperimen. Bila di bandingkan dengan rancangan korelasional, kajian survei lebih banyak menyambung variabel bersama-sama penyelidik, tetapi fokus mereka diarahkan pada pengajaran suatu populasi dan lebih sedikit atas variabel yang berkaitan dengan penggambaran kesimpulan hasil kajian korelasional.

Fathoni (2006) (dalam Sugiono, 2011) menyatakan survei artinya pemeriksaan /pengukuran. Metode survei bererti metode pemeriksaan dan pengukuran terhadap gejala emperik yang berlangsung dilapangan atau lokasi pengkajian, umumnya dilakukan terhadap unit sampel yang dihadapi sebagai responden dan bukan terhadap seluruh polpulasi sasaran. Leedy (1980) (dalam Suhartono, 1995) menyatakan kata *survei* terdiri atas suku kata *sur* yang merupakan turunan kata latin iaitu super yang bererti di atas atau melampaui. Sedangkan suku kata *vei* berasal dari kata kerja Latin

*videre* yang bererti melihat jadi kata survei ialah melihat di atas atau melampaui. Saslow (1982) menyatakan pengkajian survei adalah pengkajian pengamatan yang berskala besar yang dilakukan pada kelompok-kelompok manusia.. Yang dimaksud dengan pengamatan dalam kajian ini tidak terbatas pada pengamatan penglihatan, tetapi yang dimaksud adalah bahawa data yang dikumpulkan tidak sengaja ditimbulkan oleh pengkaji sebagaimana yang dilakukan ke atas kajian eksperimen. Data yang dikumpulkan dalam survei adalah data yang telah ada dan terdapat dalam kehidupan yang berjalan secara wajar.

Selain dari pada itu, kajian ini juga menggunakan pendekatan kajian *eks-post-facto*, kerana dalam turun datanya di dasarkan pada apa yang di alami secara realiti oleh subjek pengkajian dan tidak dimanipulasi. Selain itu, istilah *ex-post facto* berasal dari bahasa Latin yang artinya adalah "dari sesudah fakta" menunjukkan bahawa kajian itu dilakukan selepas perbezaan-perbezaan dalam variabel itu terjadi, kerana perkembangan kejadian secara semulajadi. Sedangkan Kerlinger menyatakan bahawa kajian *ex-post-facto* adalah kajian yang ilmuannya tidak mengendalikan variabel tidak secara langsung, kerana kewujudan variable tersebut telah berlaku, atau kerana variable tersebut pada dasarnya memang tidak dimanipulasi.

Berdasarkan had di atas, maka dalam kajian ini penyelidik tidak mengadakan kawalan terhadap nilai-nilai dalam variabel yang ada pada subjek kajian yang telah mempunyai pengalaman-pengalaman, baik senang, maupun susah, sebelum masa kejadian dan pasca konflik bersenjata, dan tsunami. Secara umum kajian ini direka bentuk untuk memperolehi data empirik secara ilmiah, yang berfungsi sebagai dasar dalam pembangunan perkhidmatan kesihatan mental dan psikososial, untuk memberi sokongan kepada pemulihan diri yang dilakukan oleh masyarakat melalui pendekatan kuantitatif.

### 3.4 Prosedur Pemilihan Subjek Kajian

Subjek kajian ini dipilih berdasarkan *purposive sampling* dengan menggunakan prinsip *information – rich case* (Patton, 1990). Dalam kajian ini subjek kajian terdiri dari dua kategori iaitu subjek kunci dan subjek survey. Subjek kunci adalah subjek yang menentukan subjek survey. Pemilihan subjek kunci pada peringkat awal dilakukan melalui wawancara dengan pengetua sekolah menengah pada 12 wilayah yang dipilih sebagai tempat kajian. Wawancara ini dilakukan untuk mengetahui guru yang mengurus masalah siswa. Dari hasil wawancara semua pengetua sekolah menunjuk wakil pengetua bidang kesiswaan, guru konseling dan guru agama sebagai subjek kunci. Kemudian pengakaji melakukan temu bual dengan mereka untuk memperolehi peserta kajian survei. Menurut Williams (2000) temu bual adalah satu kaedah yang berkesan dalam menjalankan kajian dan temu duga perlu berstruktur untuk mendapatkan bahan maklumat yang diperlukan secara efisien dan dilaksanakan dengan cara yang mesra tetapi mengikut objektif temu bual.

Kerana kajian ini menggunakan *purposive sampling*, maka subjek kajian survei harus mengikut ciri-ciri yang telah disenaraikan sesuai dengan objek kajian. Ciri-ciri ini harus dikenalpasti oleh guru kaunseling, guru agama dan pengetua bidang kesiswaan iaitu: (1) Subjek kajian adalah benar mangsa konflik, tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut baik secara langsung mahupun tidak; (2) Subjek kajian berkelakuan pelik dan berbeza dengan orang lain pada umumnya seperti suka murung, tertekan, suka cemas berlebihan, suka marah berlebihan, histeria, suka menangis dan suka menghindari orang ramai; (3) Subjek kajian tidak memiliki rumah akibat peristiwa konflik, tsunami sehingga tinggal dipengungsian atau rumah kerabat; (4) Subjek kajian tidak mempunyai ibu bapa kerana peristiwa konflik dan tsunami; (5) Subjek kajian haruslah remaja yang berumur minimal 18 tahun dan maksimum 23 tahun tetapi masih duduk pada sekolah menengah. Setelah mendapatkan senarai nama siswa yang

memeiliki kriteria tersebut, maka pengkaji mulai mempersiapkan soal selidik dan jadual pelaksanaan pengumpulan data kajian.

### **3.5 Tempat Kajian**

Kerana Aceh merupakan provinsi yang sangat luas, maka tempat kajian dalam pengkajian ini dipilih selaras dengan pernyataan Sugiono (2011) teknik sampling daerah digunakan untuk menentukan sampel bila objek yang akan diteliti sumber datanya sangat luas, misalnya penduduk dari suatu negara, provinsi atau kabupaten. Untuk menentukan penduduk mana yang akan dijadikan sumber data maka pengambilan sampelnya berdasarkan daerah populasi yang ditetapkan. Selain daripada itu, teknik sampling daerah ini sering digunakan melalui dua tahap, iaitu tahap pertama menentukan sampel daerah, kemudian menentukan orang-orang yang ada pada daerah tersebut secara sampling juga. Sesuai dengan objektif kajian, pemilihan tempat kajian juga dilakukan melalui purposif, dimana pengkaji merumuskan kriteria yang bersesuaian dengan kajian yang akan dilakukan iaitu untuk mangsa konflik bersenjata dipilih wilayah yang dipilih adalah wilayah yang berlaku kontak senjata, berlaku pembakaran gedung-gedung, sekolah, rumah awam, berlaku bom meletup, berlaku penculikan. Sedangkan skor nya ditetapkan berdasarkan pada frekuensi kejadian.

### **3.6 Alat Kajian**

Kajian Survei ini dijalankan melalui pendekatan kuantitatif dengan menggunakan serangkaian alat kajian standar yang telah di populerkan oleh Briere (1995). Alat kajian tersebut adalah TSI (*Trauma Symptom Inventory*) yang tujuannya adalah untuk mengukur *Symptomatology Post-Traumatic* kronik dan akut untuk umur 18 tahun ke atas dan juga direka untuk mengukur tekanan *post-traumatic disorder (PTSD)* dan konsekuensi psikologi lain tentang peristiwa traumatik, seperti kesan perkosaan, penyalahgunaan naba, serangan fizikal, pertempuran, kemalangan, dan bencana alam yang di alami,

terutama pada zaman kanak-kanak. Alat kajian TSI tersebut merupakan bahan mudah untuk mengukur dua skala trauma yang mungkin boleh dialami oleh subjek kajian pasca kejadian traumatik iaitu skala validity dan skala klinikal.

### **3.6.1. Skala Validity Instrumen TSI**

Skala validiti *Trauma Symptom Inventory* (TSI) adalah skala yang dapat mengukur dan menilai kecenderungan responden menyangkal perilaku yang biasa berlaku pada khalayak ramai, atau yang tidak biasa berlaku pada taraf yang signifikan. Skala ini terdiri dari tiga indikator *Atypical Response* (ATR), *Response Level* (RL) dan *Inconsistent Response* (INC). Chaplin (2001) menyatakan kata *Atypical* dapat diertikan sebagai sesuatu tidak khas, tidak teratur, tidak normal, atau mempunyai perbezaan yang jelas dalam sifat-sifat khas atau dalam ciri dan karakteristik seseorang; Atau Istilah *Atypical* juga dapat menunjukkan suatu score dalam suatu distribusi yang menyimpang secara mencolok dari rata-rata orang am. Atau dapat digunakan untuk menentukan ciri-ciri seseorang yang lebih menonjol dan lebih kentara dari orang lain yang seusia atau dari orang-orang sekelas dengan dirinya. Sedangkan kata respon adalah sembarang proses otot atau kelenjar yang dimunculkan oleh suatu perangsang, atau satu jawaban khas dari pertanyaan tes atau *questioner*. Jawaban responden yang tinggi pada dimensi ini menunjukkan gejala yang tidak biasa atau tidak normal seperti contoh responden menjawab ia nya suka pengsan, satu sisi badan kadang berasa lumpuh, kondisi ini tidak biasa pada responden yang normal. Nevid (2005) menyatakan salah satu kriteria yang digunakan untuk menentukan apakah suatu perilaku dikatakan normal atau abnormal adalah dengan memperhatikan apakah perilaku tersebut menyimpang dari standar tingkahlaku atau norma sosial yang dapat diterima oleh orang banyak.

Manakala *Response Level* (RL) atau tahap respon adalah nilai kosong yang diberikan berlebihan oleh responden pada pertanyaan skala validiti pada indikator (RL)



yang mencerminkan sejauhmana responden menyangkal, pikiran atau perasaan yang kebanyakan oleh orang lainnya membenarkan, seperti kenyataan yang dirumuskan dalam soalan selidik *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yang menunjukkan nilai ke atas RL seperti: mudah tersinggung, menjadi marah mengenai sesuatu hal yang tidak begitu penting, kesedihan, sakit pada bahagian belakang badan, tidak merasa gembira, berasa terganggu atau kecemasan, mengkhawatirkan sesuatu, sakit dan perih, berkeinginan memiliki banyak uang, berasa letih (Briere, 1995). Jawaban dari pada soalan ini boleh dilihat dari respon responden yang memberi nilai kosong yang berlebihan pada semua pertanyaan tersebut. Bila *Response Level* (RL) ini tinggi maka dapat dikatakan bahawa responden cenderung bersikap defensif atau menghindar, atau dapat juga dikatakan gangguan personaliti menghindar (*Avoidance personality disorder*). Orang ini sangat takut dengan penolakan dan kritikan, sehingga mereka pada umunya tidak ingin membina hubungan tanpa adanya kepastian bahawa ianya boleh diterima (Nevid, 2005).

Begitu juga dengan *Inconsistent Response* (INC) adalah indikator untuk mengukur sejauh mana seorang individu merespon pertanyaan yang serupa secara tidak konsisten terkait dengan populasi am. Misalnya, skor INC yang tinggi dapat dilihat pada jawaban responden yang memberikan lingkaran pada nilai kosong atas soalan yang berpasangan seperti nombor 5 iaitu menjadi marah karena sesuatu hal yang tidak begitu penting, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga dalam merespon item nomor 15 iaitu menjadi marah karena hal kecil atau tanpa alasan; Selanjutnya memberikan lingkaran pada nilai kosong soalan nombor 8 iaitu kilas balik tentang hal yang mengganggu, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga atas soalan 62 iaitu tiba-tiba teringat masa lalu, dan seterusnya, ketidak konsistenan dalam menjawab soalan-solan yang bermaksud sama tetapi dijawab berbeza oleh responden, menandakan responden tidak memiliki ingatan yang kuat, atau tidak berkonsentrasi kerana disebabkan respon rawak dan fenomena disosiatif, atau kesulitan membaca. Kerana secara am, responden

yang normal tidak memiliki skor INC tinggi, mereka secara purata akan menjawab konsisten dalam beberapa soalan yang berpasangan. Jadi apa bila responden merespon secara berlebihan, mereka dianggap memiliki kesulitan yang diasosiasikan dengan berkurangnya rentang jarak perhatian atau simptomatologi dissosiatif.

Caplin (1995) menyatakan *dissociation* (dissosiasi, pemisahan, menjauhkan diri, tak mau bersatu) adalah pemisahan satu pola atau proses-proses psikologikal yang kompleks sebagai satu kesatuan dari struktur personaliti, yang kemudian boleh berfungsi bebas otonom dari personaliti lainnya. Pribadi majemuk atau pribadi terbelah (*multiple personality, Splitted personality*) menggambarkan gejala dissosiasi dalam bentuknya ekstrem. Tetapi dissosiasi juga terdapat beberapa tingkatan dalam kes histeria, amnesia, dan schizofrenia. Menurut Jongsma & Peterson (1995) mentakrifkan perilaku dissosiatif seperti mempunyai dua atau lebih personaliti yang mengkawal sepenuhnya tingkahlaku seperti: satu episod yang tiba-tiba berlaku tentang ketidakmampuan individu mengingat perkara penting tentang dirinya (terlupa/hilang ingatan tentang siapa dirinya); Mempunyai pengalaman silam yang berkait dengan sifat tidak berperikemanusiaan dan pergantungan kepada ingatan lampau yang pahit dan kuat terpahat dalam ingatan; Sifat hilang perikemanusiaan yang sangat serius yang menyebabkan tekanan yang akut dalam kehidupan seharian atau teringat-ingat masa lampau yang sangat ngeri dan pahit.

Selain daripada itu, Nevid (2005) menyatakan gangguan dissosiatif adalah suatu kumpulan gangguan yang ditandai oleh suatu kekacauan atau dissosiasi dari fungsi identitas, ingatan, atau kesadaran. Sedangkan gangguan identitas dissosiatif adalah suatu gangguan dissosiasi dimana seseorang memiliki dua atau lebih personaliti yang berbeza atau personaliti pengganti (alter). Punca terjadi *dissociation* adalah trauma masa lampau, episod duka, ngeri, sedih yang terlalu lama (berpanjangan), kecederaan emosi kerana terlalu takut, kegagalan dalam sesuatu perkara/hidup, dinafikan hak (*rejection*)

atau penderaan, kecederaan saraf/kemalangan atau faktor organik (keturunan), kebimbangan melampau terhadap sesuatu perkara dan kenangan pahit. Dalam sejumlah kes yang dilaporkan personaliti pengganti pada orang dengan personaliti ganda memiliki reaksi yang alergi dan ukuran penglihatan tersendiri. Atau yang berbeza dengan personaliti lain pada orang yang sama (Nevid, 2005).

Berdasarkan penjelasan diatas, maka dapat dikatakan Skala Validity TSI adalah skala untuk mengukur respon dari subjek kajian terkait kecenderungan menyangkal sesuatu yang didukung atau tidak didukung oleh orang ramai, juga mengukur respon tidak lazim yang dimunculkan dan juga respon yang tidak konsisten pada jawapan yang berpasangan, semakin tinggi respon pada indikator tersebut, maka semakin tinggi tingkat kecendrungan menyangkal dalam sesuatu hal. Skala Validity ini memiliki tiga kebenaran timbangan dari jawapan tingkatan indikator *Atypical response* (ATR), tanggapan tidak lazim atau *Response Level* (RL), dan tanggapan bertentangan tidak tetap *Inconsistent Response* (INC).

Skala ini terdiri dari 40 soalan yang tersebar rawak di dalam 100 soalan Trauma Symptom Inventory (TSI). Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.1 berikut.

Jadual 3.1: Skala Validity TSI dan No Soalan.

No	Intrumen TSI	Aspek Pengukuran	Item TSI	No Soalan 1-100
1	<i>Validity Scales</i>	1. Kecenderungan Menyangkal Sesuatu yang didukung orang ramai atau ditolak.	ATR	21, 43, 60, 65, 79, 82, 86, 92, 96, 99
		2. Respon tidak Lazim	RL	3, 5, 7, 11, 14, 27, 31, 49, 53, 56.
		3. Tingkat Konsistensi Jawapan berpasangan	INC	(5/15),(8/62),(14/17),(23/67), (30/90), (51/54), (52/68), (62/66), (64/100), (84/85).

Keterangan: *Atypical Response*(ATR), *Response Level*(RL), *Inconsistent Response*(INC).

### 3.6.2. Skala Klinikal Instrumen TSI

Skala klinikal *Trauma Symptom Inventory* (TSI) adalah skala yang dapat mengukur dan menilai kecenderungan responden mengalami gejala-gejala klinis seperti *Dysphoric mood*, *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, *Sexual Dysfunction* dan *self Dysfunction*.

(1) *Dysphoric mood* adalah salah satu dimensi klinikal yang dapat mengukur kecelaruan jiwa, suasana hati yang tidak menentu keatas responden kerana ketidakseimbangan. Menurut Abess (2006) *Dysphoric mood* diiktirafkan sebagai satu suasana yang tidak menyenangkan, seperti kesedihan, kebimbangan, atau kesengsaraan. Atau sebagai keadaan mental dan emosi di mana seseorang mengalami perasaan kemurungan sangat, kerana rasa tidak puas hati dan sikap acuh tak acuh dari persekitaran mereka, perasaan yang tidak puas hati tersebut boleh mendorong *dysphoria*, sering dengan risiko bunuh diri yang memuncak, terutamanya pada orang dengan gangguan bipolar yang berada dalam kemurungan phase kritis. Sementara itu pula Schilpfening (2012) mendefinisikan *dysphoric* sebagai perasaan yang tidak menyenangkan atau tidak selesa seperti tidak puas hati, kemurungan, kerisauan, *irritableness*, atau keresahan. Ia adalah gejala pelbagai penyakit psikiatri seperti gangguan kemurungan utama, gangguan kebimbangan Am, Gangguan bipolar dan gangguan *dysphoric prahaid*. Respon yang tinggi pada indikator tersebut menandakan bahawa responden mengalami gangguan emosi.

(2) *Post Traumatic Stres Disorder (PTSD)* adalah dimensi yang dapat mengukur samaada responden mengalami *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)* atau tidak pasca kejadian traumatik. PTSD ini adalah stres yang terjadi setelah lebih 6 bulan berlaku peristiwa traumatik. Kaplan (1998) mentakrifkan PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidakrentanan emosional, dan kilas balik dari

pengalaman yang amat pedih, setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa. PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa masyarakat juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatik dengan tidak memandang usia dan jantina. Selain itu seorang psikiater di Jakarta, Roan (2003) mentakrifkan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau shock. Sementara trauma psikis dalam psikologikal diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar. Langstaff dan Christie (2000) mentakrifkan trauma sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang yang memberi kesan kepada psikologikal dan fizikal sehingga membawa kesan kepada kehidupan seperti menurunnya tahap pduktiviti dan aktiviti seharian. Ianya juga boleh menjejaskan tahap kesihatan serta mengganggu sistem saraf dan pemikiran sehingga menyebabkan kematian. Respon yang tinggi pada dimensi ini menunjukkan responden mengalami PTSD.

(3) *Sexual Dysfunction* juga merupakan dimensi skala klinikal yang dapat mengukur responden samaada mengalami disfungsi seksual atau tidak pasca kejadian traumatik. Nevid (2005) menyatakan bahawa disfungsi seksual (*sexual dysfunction*) meliputi masalah minat, rangsangan, atau respon seksual.

Berdasarkan survey nasional AS, kes disfungsi seksual yang tersebar dalam masyarakat di alami oleh perempuan 43% dan 31% lelaki. Sementara itu, Spector dan Corey (1990) menyatakan perkiraan prevalensi disfungsi seksual yang sering dilaporkan adalah ejakulasi dini 36-38, disfungsi ereksi 4-6, gangguan orgasme pria 4-10 dan orgasme wanita 5-10. Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan bahawa responden mengalami gangguan fungsi seksual.

(4) *Self Dysfunction* atau disfungsi diri adalah dimensi skala klinikal yang mengukur samaada responden mengalami disfungsi diri ataupun tidak. Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan responden mengalami disfungsi diri seperti berasa diri tidak berguna, berasa tidak ingin hidup, berasa rendah diri dan sebagainya.

Oleh kerana itu, skala klinikal ini digunapakai untuk mengukur: (1) kecelaruan *mood*, (2) PTSD, (3) disfungsi seksual, dan (4) disfungsi diri. Semakin tinggi respon pada setiap indikatornya maka semakin tinggi taraf gangguan *mood*, PTSD, disfungsi seksual dan disfungsi diri dari subjek kajian. Skala klinikal ini dibahagi ke dalam empat dimensi dengan indikator setiap dimensi berbeza-beza iaitu:

Pertama, *Dysphoric mood*, terdiri dari tiga indikator iaitu *Anxious Aurosal (AA)*, *Depression (D)*, *Anger Irritability (AI)*; Kedua, *Post Traumatic tress Disorder (PTSD)* terdiri dari tiga indikator iaitu *Intrusive Experinces (IE)*, *Devensive Avoidance (DA)*, *Dissociation (DIS)*.

Ketiga, *Sexual Dysfunction* terdiri dari dua indikator iaitu *Sexual Conserns (SC)*, *Dysfunctional Sexual Behavior (DSB)* dan Keempat, *Self Dysfunction* terdiri dari dua indikator iaitu *Infaired Self Reference (ISR)*, *Tension Reduction Behavior (TRB)*. Skala ini terdiri dari 60 soalan kajian yang tersebar dari 4 dimensi iaitu: gangguan *mood* 25 soalan, PTSD 25 soalan, Disfungsi seksual 18 soalan, disfungsi diri terdiri dari 16 soalan. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.2 berikut.

Jadual 3.2: Skala Klinikal dan No Soalan.

N o	Intrumen TSI	Aspek Pengukuran	Item TSI	No Soalan 1-100
Clinical Scales		1. <i>Dysphoric mood</i>	AA	22, 27, 31, 41, 51, 54, 91, 97
			D	7, 13, 17, 30, 64, 90, 98, 100
			AI	3, 15, 34, 35, 37, 45, 57, 63, 93
			IE	1, 8, 12, 62, 66, 70, 72, 74.
		2. <i>Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)</i>	DA	2, 4, 23, 59, 67, 83, 87, 89.
			DIS	10, 20, 26, 29, 38, 42, 84, 85, 88
		3. <i>Sexual Dysfunction</i>	SC	9, 33, 39, 47, 52, 61, 68, 77, 96.
			DSB	18, 28, 36, 46, 69, 71, 73, 76, 81
		4. <i>Self Dysfunction</i>	ISR	6, 16, 24, 32, 44, 55, 75, 80
			TRB	25, 35, 36, 45, 46, 48, 69, 78

Keterangan: *Anxious Aurosal(AA)*, *Depression(D)*, *Anger Irritability(AI)*, *Intrusive Experinces(IE)*, *Devensive Avoidance(DA)*, *Dissociation(DIS)*, *Sexual Conserns(SC)*, *Dysfunctional Sexual Behavior(DSB)*, *Infaired Self Reference(ISR)*, *Tension Reduction Behavior(TRB)*.

### 3.6.3. Soalan Kritikal dalam Instrumen TSI

Briere (1995) juga membuat rumusan soalan-soalan kritikal. Soalan kritikal ini merupakan soalan yang boleh melihat langsung tingkat traumatik dari subjek kajian yang memerlukan pengkawasan segera kerana dianggap sangat kritikal. Bila pada semua jawapan subjek kajian memberikan markah 3, maka subjek kajian ini memang trauma teruk, dan harus segera ada pengkawal khusus. Duabelas soalan kritikal tersebut antara lain adalah no 19, 25, 28, 30, 40, 48, 50, 58, 65, 90, 92, 99. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.3.

Jadual 3.3. Duabelas Soalan Kritikal TSI

No	No Soalan	Soalan kajian
1	19	Mempunyai fantasi pikiran untuk menyakiti orang
2	25	Mengamcam atau mencoba bunuh diri
3	28	Mengalami kesulitan disebabkan seks
4	30	Berharap anda sudah mati
5	40	Menggunakan narkoba selain ganja
6	48	Dengan sengaja menyakiti diri (misalnya menggaruk, memotong, membakar) walaupun sebenarnya tidak ingin bunuh diri
7	50	Mempunyai fantasi yang didominasi dikuasai orang lain dalam segi seks
8	58	Menghadapi masalah karena minum minuman keras
9	65	Mendengar seseorang berbicara yang sebenarnya tidak ada yang berbicara dengan anda
10	90	Merasa seperti idak berguna hidup
11	92	Melihat hantu atau orang-orang dari alam gaib
12	99	Berfikir ada orang yang membaca pikiran anda

#### 3.6.4. Pemarkahan

Pemarkahan dalam kajian ini menggunakan pemarkahan berdasarkan Standar Manual TSI, Briere (1995). Dimana jawaban dari subjek kajian, menggunakan empat pilihan jawaban iaitu: bila jawaban subjek kajian 0 ini menyatakan tidak pernah terjadi; Bila jawapan subjek kajian adalah 1 ini menyatakan pernah terjadi; Bila jawapan subjek kajian adalah 2 ini menyatakan pernah terjadi tetapi tidak sering; dan apabila jawapan subjek kajian adalah 3 ini menyatakan sering terjadi. Skor keseluruhan yang diperolehi berdasarkan manual standar TSI dibezakan berdasarkan jantina iaitu: Untuk lelaki bila nilai Row 0-1 dan t-skor  $\leq 35 - 50$  dikategorikan trauma rendah, bila nilai raw 2-4 dan t-skornya 51-65 dikategorikan trauma sederhana dan bila raw 5-30 dan t-skornya 65 - 100 di kategorikan trauma tinggi. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.4. di bawah ini.



Jadual. 3.4 Penetapan Tinggi Rendah Tahap Trauma mengikut Manual Standar TSI untuk Lelaki

No	Raw Score	T. Score	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	0-1	$\leq 35-50$	X		
2	2-4	51- 65		X	
3	5-30	65- 100			X

Manakala untuk perempuan pula, bila nilai Row 0-1 dan t-skor  $\leq 35 - 50$  dikategorikan trauma rendah, bila nilai raw 2-6 dan t-skornya 51-65 dikategorikan trauma sederhana dan bila raw 7-30 dan t-skornya 65 - 100 di kategorikan trauma tinggi. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.5. di bawah ini.

Jadual. 3.5 Penetapan Tinggi Rendah Tahap Trauma Mengikut Standar TSI untuk Perempuan

No	Raw Score	T. Score	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	0-1	$\leq 35-50$	X		
2	2-6	51- 65		X	
3	7-30	65- 100			X

### 3.7. Permakahan Skala Validiti ATR, RL dan INC

Bagi mengukur tahap ATR dengan menjumlahkan jawapan yang telah ditandakan responden. Markah atau skor terendah yang diperoleh oleh responden ialah 1(1x10) dan markah maksimum ialah 30 (3x10). Bagi tujuan statistic deskriptif, tahap markah ATR dibahagikan kepada tiga peringkat iaitu rendah, sederhana dan tinggi.

Jadual 3.6. Pemarkahan Bagi Skala validity indicator ATR

No	Tahap	Markah
1	Tinggi	21 ke atas
2	Sederhana	11-20
3	Rendah	1-10

Bagi mengukur tahap RL dengan menjumlahkan jawapan yang telah ditandakan responden. Markah atau skor terendah yang diperoleh oleh responden ialah 1(1x4) dan markah maksimum ialah 12(3x4).

Jadual 3.7 Pemarkahan Bahagi Skala Validity indicator RL

No	Tahap	Markah
1	Tinggi	10 ke atas
2	Sederhana	5- 9
3	Rendah	1 - 4

Bagi mengukur tahap INC dengan menjumlahkan jawapan yang telah ditandakan oleh responden, markah terendah yang diperoleh oleh responden ialah 1(1x8), dan markah maksimum ialah 26 (3x8)

Jadual 3.8. Pemarkahan bagi Skala Validity Indikator INC

No	Tahap	Markah
1	Tinggi	18 ke atas
2	Sederhana	9- 17
3	Rendah	1 - 8

### 3.8. Kajian Rintis

Menurut Fraenkel dan Wallen (1993) kajian awal adalah suatu percubaan kajian yang dibuat secara kecil-kecilan sebelum kajian sebenar dijalankan, dengan tujuan membaiki dan meningkatkan kesahan dan kebolehpercayaan soal selidik kajian sebenar. Antara ciri-ciri borang soal selidik yang berkesan adalah soalan-soalan yang mudah difahami sesuai dengan tahap pendidikan dan jenis pekerjaan responden, pilihan jawapan yang bersesuaian, soalan-soalan yang disusun secara berurutan dan mempunyai arahan yang

jelas. Kesesuaian tatacara dan soalan-soalan kajian pula dilihat daripada ketepatan bahasa, struktur ayat dan jawapan yang tepat (Ahmad Shukri, 2002).

Kajian rintis telah diadakan di IAIN Ar-Raniry pada 18 September 2009. Kajian rintis ini bertujuan untuk memastikan agar soalan-soalan kajian dalam bahasa Indonesia yang diguna pakai di dalam soal selidik difahami dan dinilai kesahan dan kebolehpercayaannya. Profil peserta kajian rintis diberi dalam Jadual 3.9.

Jadual 3.9. Profil Subjek Kajian Rintis

No	Responden	Asal Daerah	Asal Sekolah	Jantina	Umur
1	Responden	Aceh Selatan	SMU Pasir Raja	Lelaki	18
2	Responden	Aceh Selatan	SMU Kota Pajar	Lelaki	19
3	Responden	Aceh Selatan	SMU Trumon	Perempuan	18
4	Responden	Aceh Barat Daya	SMK Babahrot	Perempuan	18
5	Responden	Aceh Barat daya	SMK 1 Lembah sabil	Lelaki	19
6	Responden	Aceh Barat daya	SMK 2. Manggeng	Lelaki	19
7	Responden	Aceh Barat daya	SMU Manggeng	Lelaki	18
8	Responden	Aceh Barat daya	SMU Lamainong	Perempuan	18
9	Responden	Lhok Seumawe	SMA 4	Perempuan	18
10	Responden	Lhok Seumawe	SMA N 6	Lelaki	18
11	Responden	Lhok Seumawe	SMAN 3	Lelaki	18
12	Responden	Lhok Seumawe	SMKN 4	Lelaki	18
13	Responden	Aceh utara	SMAN 1 Dewantara	Lelaki	19
14	Responden	Aceh utara	SMAN 1 Samudera	Perempuan	18
15	Responden	Aceh utara	SMAN 1 spg Kramat	Perempuan	18
16	Responden	Aceh utara	SMAN1syamtalia Baru	Lelaki	18
17	Responden	Aceh Barat	SMAS Panton Reu	Lelaki	19
18	Responden	Aceh Barat	SMAN Pantecermen	Perempuan	18
19	Responden	Aceh Barat	SMAN KW XVI	Perempuan	18
20	Responden	Aceh Besar	SMAN Selimuem	Perempuan	18

Kajian rintis ini melibatkan seramai 20 orang mahasiswa baru yang berasal dari berbagai wilayah konflik dan tsunami iaitu: dari Aceh Selatan terdiri dari 3 orang, Abdya terdiri dari 5 orang, Lhoseumawe terdiri dari 4 orang, Aceh utara terdiri dari 4 orang, Aceh barat terdiri dari 3 orang dan Aceh Besar terdiri dari 1 orang. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.6.

Mereka semua diminta untuk mengisi borang soal selidik, setelah pengkaji memberikan penerangan khusus kepada mereka tentang tatacara menjawab soalan. Setelah diisi soal selidik itu dikumpulkan semula untuk di analisis. Selepas kajian rintis dijalankan, pengkaji telah mendapatkan maklum balas daripada subjek kajian tentang item-item soalan daripada soal selidik tersebut. Selanjutnya terdapat beberapa pindaan kecil untuk penyelarasan soal selidik tersebut. Pindaan ini hanya melibatkan salah penulisan ejaan seperti "*sektual* " seharusnya "seksual" dan penstrukturan semula ayat seperti " *berharap kita sudah mati*" menjadi " *berharap anda sudah mati* ". Kesahan dan Kebolehpercayaan Item-Item Soal Selidik akan dijelaskan selanjutnya.

### **3.8.1. Kesahan dan Kebolehpercayaan Item-Item Soal Selidik**

Uji kesahan data dalam pengkajian sering hanya ditekankan pada uji validiti dan reliabiliti. Dalam pengkajian kuantitatif, kriteria utama terhadap data hasil pengkajian adalah valid, reliabel, dan obyektif. Sugiono (2011) menyatakan Validiti merupakan derajat ketetapan antara data yang terjadi pada data obyek pengkajian dengan data yang dapat dilaporkan oleh pengkaji. Dengan demikian data yang valid adalah data yang tidak berbeza antara data yang dilaporkan dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek pengkajian. Oleh kerana itu, untuk mendapatkan kesahan data yang dikaji dalam pengkajian ini, maka alat kajian yang diadap haruslah di uji Validitinya agar tidak terdapat kekeliruan data. Menurut Fraenkel et al. (1996) menyatakan bahawa kesahan atau Validity ditakrifkan sebagai ketepatan (*appropriateness*), kebenaran (*truthfulness*),

bermakna (*meaningfulness*) dan kebolegunaan (*usefulness*) instrumen, yang membolehkan data-data diinferenkan. Campbell dan Fiske (1959) pula menyatakan bahawa validity juga bermaksud persetujuan antara dua percubaan untuk mengukur trait yang sama secara maksimum dengan kaedah yang berlainan.

Secara am instrument standart *Trauma Symptom Inventory* (TSI) kesahannya sudah diakui, kerana sudah digunapakai kebeberapa negara antara bangsa di antaranya Malaysia. Taniza et,al (2007) dalam kajian pasca trauma dalam kalangan pelajar mangsa tsunami di Malaysia telah menguji alat ujian TSI Briere (1995) dalam bahasa Melayu. Dapatan kesahan alat ujian dalam BM adalah 0.925 dan kebolehpercayaan adaah 0.915. Dalam perkara ini pengkaji juga mengadaptasikan alat ujian TCI dengan alat ujian TSI di Aceh yang dalam bahasa Indonesia kerna untuk Aceh belum digunakan. Kerana instrumen asal berbahasa Inggris, maka pengkaji mentranslet ke dalam bahasa Indonesia sebelum mengedarkan kepada subjek kajian. Fraenkel et al (1996) menyatakan bila soal selidik diubah suai, biasanya seorang penyelidik akan menggunakan teknik kriteria- *Related Evidence* untuk mengumpulkan bukti terhadap kesahan instrumen melalui sekumpulan pakar rujuk (*expert Judgment*).

Berdasarkan pendapat tersebut, maka untuk keabsahanya alat kajian dalam bahasa Indonesia, pengkaji meminta beberapa orang pakar bahasa English, psikologi dan pakar transleter yang sudah digunapakai oleh berbagai organisasi NGO di Aceh dan juga mereka adalah pensyarah yang sudah dianggap senior di IAIN Ar-Raniry dalam bidang kepakarannya masing-masing untuk mensemak alat kajian tersebut. 100 soalan *Trauma Symptom Inventory* (TSI) ini telah mereka semak dan telah memberi maklumat penting untuk kesahan nya .Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.7 di bawah ini.

Jadual 3.10. Profil Pakar Yang Mensemak Instrumen TSI Bahasa Indonesia

No	Nama-Nama Pakar	Pendidikan Terakhir	Disertasi/Tesis	Pekejaan
1	DR Syarwan Ahmad	S-3(Ph.D) Universiti Malaya		Dosen Pada Jurusan Inglish IAIN Ar- Raniry B.Aceh
2	DR Maskur	S-3(Ph.D) Universiti Malaya		Dosen Pada Jurusan Inglish IAIN Ar- Raniry B.Aceh
3	MohammadThalal,M.A	S-2(M.A) *Universitas Indonesia *Texas A&M University	*Kajian Timur Tengah. *Curriculum & Intruaction	Dosen Fakulti Adab IAIN Ar-Raniry.
4	Prof Suradi Salem (Awh)			Penyelia Pada Universiti Malaya
5	Prof Syahrizal Abas, M.H			
6	DR Jamil Yusuf, M.Pd	S-3(DR) Universiti Pendidikan Indonesia	Konsep Bimbingan dan Konseling Islam	Dosen Pada Jurusan BK IAIN Ar-Raniry
7	Jasmadi, M.Psy	S-2 Universiti Gajah Mada	Psikologi	Dosen BK Tarbiyah IAIN Ar-Raniry

Dari hasil semak para pakar bahasa mentakrifkan bahawa alat kajian *Trauma Symptom Inventory* (TSI) dalam bahasa Indonesia secara bahasa sudah boleh diguna pakai, kerana sudah bersesuaian dengan tujuan maklumat asas TSI dalam bahasa Inggris.

Selain daripada itu kesahan dan kebolehpercayaan soal selidik di lakukan secara statistik yang kegunaannya adalah untuk melihat sejauh manakah soal selidik itu mengukur apa yang sepatutnya diukur (Wiersma, 1991 serta Anastasia dan Urbina, 1997). Kesahan juga merujuk kepada apa yang diukur oleh ujian itu. Ini bermakna sesuatu alat yang berupaya mengukur dengan tepat sesuatu pemboleh ubah yang ditetapkan adalah dianggap sah sebagai alat pengukur bagi pembolehubah tersebut. Kesahan sesuatu soal selidik boleh diukur melalui hubungan atau korelasi antara item dan jumlah skor setiap item berkenaan. Ini dapat dilakukan melalui kaedah analisis korelasi *Pearson* antara skor setiap item dengan jumlah skor mengikut dimensi atau konstruk berkenaan (Abu Bakar, 1995). Seterusnya, Nunnally (1978) menjelaskan bahawa korelasi antara item dengan jumlah skor item yang melebihi 0.25 dianggap

sebagai suatu nilai yang tinggi. Selain itu, kesahan soal selidik juga boleh dilihat pada nilai korelasi item yang dibetulkan dengan jumlah skor (*Corrected Item-Total Correlation*) iaitu korelasi Pearson antara skor setiap item berkenaan dengan jumlah skor tanpa item berkenaan (Norusis, 1997).

Bagi memastikan tahap kesahan yang tinggi, dari segi permukaan dan kandungan (*face validity* dan *content validity*) draf ke tigabelas item TSI yang dibahagi kedalam dua skala iaitu validity dan klinikal untuk mengukur trauma, terdapat beberapa perubahan dilakukan terhadap kandungan, skop, format, serta bahasa yang digunakan dalam soal selidik tersebut. Secara keseluruhan, responden yang menjawab soal selidik yang diberikan memahami kehendak item yang dikemukakan dengan alasan bahasa yang digunakan jelas dan padat serta menepati bidang kajian.

Kebolehpercayaan adalah satu indeks ketekalan dalaman yang sesuai dengan alat ukur dalam mengukur konsep (Alias Baba, 1999; Weirisma, 1991). Untuk memperolehi ketekalan dalaman item data yang diperolehi dari kajian rintis, pengkaji telah menganalisis menggunakan SPSS versi 13 for Windows. Untuk menguji kebolehpercayaan dalam dua sub skala soal selidik TSI, pengkaji telah menggunakan formula pekali *Cronbach alpha* (Norusis, 1997). Nilai kepercayaan alpha Cronbach adalah antara 0.00 hingga 1.00. Manakala Nunnally (1978) menjelaskan indeks kebolehpercayaan *alpha Cronbach* adalah melebihi .70. Hal ini disokong pendapat Kaplan dan Saccuzzo (1993) bahawa indeks kebolehpercayaan di antara .70 hingga .80 adalah memadai. Indeks kebolehpercayaan yang lebih tinggi menurut Murphy dan Davidshofer (1991) hanya diperlukan apabila alat ukuran tersebut digunakan bagi tujuan membuat sesuatu keputusan yang begitu penting tentang seseorang. Oleh kerana itu, soal selidik boleh dipercayai jika melebihi alpha Cronbach .70.

### **3.8.1.1 Kesahan dan Kebolehpercayaan Skala Validiti TSI**

Melalui kajian rintis, pengkaji telah melakukan analisis kesahan dan kebolehpercayaan alat ujian yang digunakan untuk sub skala validiti. Hasil analisis menunjukkan bahawa ujian pada indikator ATR yang mengandungi 10 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .709. Sedangkan analisis kesahan 10 item ATR telah memenuhi kesahan dengan taburan bermula dari nilai .421 hingga .890. Kedua indikator RL yang mengandungi 10 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .739. sedangkan analisis kesahannya dengan taburan bermula dari .298 hingga .577. Ketiga pada indikator INC yang mengandungi 10 item berpasangan mempunyai indeks kebolehpercayaan .904. sedangkan kesahannya dengan taburan bermula dari .401 hingga .785. Oleh kerana itu, pengkaji dapat menyimpulkan bahawa alat ujian sub skala validity TSI Briere (1995) mempunyai nilai kesahan dan kebolehpercayaan yang cukup dan tepat mengukur pemboleh ubah trauma pada remaja sekolah menengah.

### **3.8.1.2 Kesahan dan Kebolehpercayaan Klinikal TSI**

Melalui kajian rintisan, pengkaji telah melakukan analisis kesahan dan kebolehpercayaan alat ujian yang digunakan untuk sub skala klinikal yang terdiri dari 4 dimensi. Hasil analisis menunjukkan bahawa:

**Pertama** ujian pada dimensi *Dysphoric Mood* indikator AA yang mengandungi 8 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .746. Sedangkan analisis kesahan dengan taburan bermula dari nilai .275 hingga .562. Indikator D yang mengandungi 8 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .799. sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .385 hingga .788. indikator AI yang mengandungi 9 item mempunyai indeks kebolehpercayaan 0.694. Sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .315 hingga .707.



**Kedua** ujian pada dimensi PTSD indikator IE yang mengandung 8 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .850. sedangkan analisis kesahannya dengan taburan bermula dari .337 hingga .714. Indikator DA yang mengandung 8 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .738. sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .265 hingga .675. Indikator DIS yang mengandung 9 item mempunyai indeks kebolehpercayaan 0.758. Sedangkan kesahan dengan taburan bermula .359 hingga .762.

**Ketiga** ujian pada dimensi *Sexual Dysfunction* indikator SC yang mengandung 9 item berpasangan mempunyai indeks kebolehpercayaan .701. sedangkan kesahannya dengan taburan bermula dari .305 hingga .732. Indikator DSB mempunyai indeks kebolehpercayaan 0.705. Sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .310 hingga .690.

**Keempat** ujian pada dimensi *Self Dysfunction* indikator ISR yang mengandung 8 item mempunyai kebolehpercayaan .709. Sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .279 hingga .569. Indikator TRB yang mengandung 8 item mempunyai indeks kebolehpercayaan .703. Sedangkan kesahan dengan taburan bermula dari .302 hingga 0.620. Berdasarkan dapatan ujian kesahan dan kebolehpercayaan dua sub skala TSI di atas, maka pengkaji dapat menyimpulkan bahawa alat ujian sub skala klinikal TSI Briere (1995) mempunyai nilai kesahan dan kebolehpercayaan yang cukup dan tepat mengukur pemboleh ubah trauma untuk empat dimensi TSI pada remaja sekolah menengah.

### **3.9. Kaedah Kajian**

Untuk pengambilan data survei, pengkaji melakukan temu bual dengan subjek kunci yang bermula pada tarikh 5 November 2009 sampai dengan 15 Juni 2010 yang berada pada setiap sekolah dengan cara: Pertama pengkaji meminta kebenaran Dinas Pendidikan Propinsi Aceh untuk melakukan pengkajian pada beberapa wilayah yang

menurut pengkaji sangat parah terjadi konflik bersenjata dan yang paling teruk terkena tsunami. Kedua Kemudian pengkaji meminta kebenaran Dinas pendidikan tempatan untuk memberi kebenaran melakukan kajian pada sekolah yang mereka rekomendasikan sesuai kriteria yang di berikan pengkaji. Ketiga pengkaji meminta kebenaran Pengetua Sekolah Menengah tempatan yang direkomensikan tersebut untuk melakukan kajian. Setelah mendapatkan kebenaran maka pengkaji melakukan temu bual dengan wakil pengetua Sekolah Lanjutan Atas untuk mendapatkan senarai guru yang melakukan bimbingan dan konseling bagi siswa-siwa yang bermasalah disekolah tersebut. Setelah mendapatkan nama-nama guru yang mengambil berat ke atas kalangan remaja Sekolah maka pengkaji meminta waktu untuk melakukan temubual untuk mendapatkan kalangan remaja yang akan disurvei pada sekolah tersebut.

Seteh mendapatkan data mengenai kalangan remaja yang sesuai dengan kriteria yang telah disenaraikan, maka pengkaji meminta kepada guru konseling dan atau guru agama tersebut untuk mengumpulkan semua siswa yang terpilih dalam satu ruang kelas, kemudian pengkaji menerangkan keperluan mengumpulkan mereka. Setelah mereka faham pengkaji meminta kebenaran untuk membahagikan soalan selidik dan kemudian mulai untuk menjelaskan cara menjawab dan soalan, dan juga memberikan peluang kepada kalangan remaja untuk bertanya tentang soalan yang kurang jelas menurut mereka. Setelah itu semua kertas soalan dikumpulkan dan jawabannya akan di entri kedalam program SPSS fersi 13 dan di analisis mengikut hipotesis.

### **3.9.1. Profil Subjek Kunci**

Profil subjek kunci disenaraikan mengikut jantina iaitu: 50 orang perempuan dan 25 orang lelaki. Umur subjek kunci sangat beragam tetapi mayoriti berumur 40-45 tahun. Statusnya purrata berkawin tetapi ada beberapa orang janda, lama mengajar purrata manyoriti 10 thn ke atas. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.8 di bawah ini.

Jadual 3.11. Profil Subjek Kunci Mengikut Wilayah, Jantina, Status, Umur

Wilayah	Subjek kunci	Nama Sekolah	Status	Umur	Jantina
Aceh Timur	R.1	SMAN 1.Ranto Perelak	Kawin	40	P
	R.2	SMAN.1.Idi	kawin	41	P
	R.3	SMAN.1. Madat	Janda	40	P
	R.4	SMAN.1. Nurussalam	Kawin	40	L
	R.5	SMKN 1. Perelaulak		43	L
Aceh Utara	R.6	SMAN.1. Dewantara	Kawin	37	P
	R.7	SMAN.1. Simpang Keramat	Kawin	42	P
	R.8	SMAN.1. Samudera	Kawin	41	L
	R.9	SMKN 1. Dewantara	kawin	38	P
	R.10	SMAN 1. Syamtalira Bayu	Duda	40	L
Lhoksemawe	R.11	SMAN 3	Lajang	30	P
	R.12	SMAN 4	Kawin	38	P
	R.13	SMAN 6	Kawin	40	P
	R.14	SMKN 4	Kawin	44	L
	R.15	SMKN 6	Kawin	40	P
Bireun	R.16	SMAN 1. Peudada	Kawin	31	P
	R.17	SMAN.3 Pesangan	Janda	40	L
	R.18	SMKN Peudada	Kawin	42	P
	R.19	SMAN 1. Bireun	Kawin	34	P
	R.20	SMKN 1. Bireun	Kawin	40	P
Pidie Jaya	R.21	SMAN 1. Banda Baru	Kawin	40	P
	R.22	SMAN 1 Trieng Gadeng	Kawin	45	P
	R.23	SMN.1 Mereudue	Kawin	44	L
	R.24	SMAN 2. Mereudue	Kawin	34	P
	R.25	SMKN Mereudue	Kawin	42	P
Pidie	R.26	SMAN.1 Mutiara	Kawin	41	P
	R.27	SMAN.1. Tangse	Kawin	40	P
	R.28	SMAN 1. Padang Tiji	Kawin	37	P
	R.29	SMAN 1. Sakti	Kawin	45	L
	R.30	SMKN 1. Mutiara	Kawin	34	P

Aceh Selatan	R.31	SMAN Pasie raja	Kwin	37	P
	R.32	SMKN 1 pasie raja	Kawin	40	L
	R.33	SMAN Kluet utara	Janda	41	L
	R.34	SMAN 1, Trumon	Kawin	30	P
	R.35	SMAS Pasie raja	Kawin	35	P
Abdya	R.36	SMK1 Babahroet	Kawin	40	P
	R.37	SMKN 1. Lembah Sabil	Kawin	42	P
	R.38	SMKN 2. Manggeng	Kawin	38	L
	R.39	SMA manggeng	Kawin	40	P
	R.40	SMAN Lama Inong	Kawin	45	P
K.Banda Aceh	R.41	SMAN 4	Kawin	37	P
	R.42	SMAN 12	Kawin	40	P
	R.43	SMKN 1	Kawin	45	P
	R.44	SMKN 2	Kawin	44	L
	R.45	SMKN3	Kawin	30	P
Aceh Besar	R.46	SMAN.1 selimun	Kawin	35	P
	R.47	SMAN1 Indrapuri	Kawin	40	P
	R.48	SMAN 1 Mesjid raya	Kawin	40	L
	R.49	SMAN 1 Leupueng	Janda	48	P
	R.50	SMAN 1. Sebreh	Kawin	38	P
Aceh Jaya	R.51	SMAN 1, Teunom	Kawin	40	L
	R.52	SMKN Calang	Kawin	45	P
	R.53	SMKN Panga	Janda	43	P
	R.54	SMAN 1 Panga	Kawin	36	L
	R.55	SMAN Calang	Kawin	43	P

### 3.9.2. Profil Subjek Kajian

Soal selidik diedarkan kepada 1238 subjek kajian yang dipilih, tetapi yang boleh digunapakai untuk dianalisis adalah 1185 subjek kajian dari dua sumber trauma iaitu: konflik, tsunami.

**Pertama,** Wilayah konflik bersenjata terdiri dari 8 wilayah, dan dari 5 Sekolah Menengah yang kesemuanya berjumlah seramai 794 orang yang terdiri daripada lelaki seramai 316 orang dan perempuan pula seramai 478 orang. Wilayah tersebut adalah: (1) Aceh Timur seramai 101 orang yang terdiri dari lelaki 25 orang dan perempuan 76 orang; (2) Aceh Utara seramai 101 orang terdiri dari lelaki 41 orang dan perempuan 60 orang; (3) Lhok Seumawe, seramai 101 orang terdiri dari lelaki 49 orang dan perempuan 52 orang; (4) Bireun, seramai 100 orang terdiri dari lelaki 45 lelaki dan 55 perempuan; (5) Pidie, seramai 100 orang terdiri dari lelaki 25 orang dan perempuan 75 orang; (6) Pidie Jaya, seramai 96 orang terdiri dari lelaki 32 orang dan perempuan 64 orang; (7) Aceh Selatan, subjek kajian seramai 103 orang terdiri daripada lelaki 50 orang dan perempuan 53 orang; (8) Abdya, subjek kajian seramai 92 orang terdiri daripada lelaki 49 orang dan perempuan 43 orang.

**Kedua,** subjek kajian berasal lima Sekolah Menengah tempatan dari wilayah tsunami berjumlah 444 orang yang terdiri dari pada Lelaki seramai 160 orang dan perempuan pula seramai 284 orang, iaitu: (1) Kota Banda Aceh berjumlah seramai 114 orang terdiri dari lelaki seramai 45 orang dan perempuan seramai 69 orang; (2) Aceh Besar berjumlah 121 orang terdiri dari lelaki 30 orang dan perempuan 91 orang; (3) Aceh Jaya berjumlah 85 orang terdiri dari lelaki seramai 36 orang dan perempuan seramai 49 orang; (4) Aceh barat berjumlah 124 orang terdiri dari lelaki 49 orang dan perempuan 75 orang. Kesemua Subjek kajian di atas manyoriti berumur 18- 19 tahun. Untuk lebih jelas lihat Jadual 3.9 berikut.

Jadual 3.12. Profil Subjek Kajian Mangsa Konflik Bersenjata dan Tsunami

Sumber Trauma	Wilayah	N.Edaran 1238	N. Analisis 1185	Jantina				%
				L	%	P	%	
Konflik Bersenjata	Aceh Timur	101	98	25	2.1	73	6.2	8.3
	Aceh Utara	101	97	41	3.4	56	4.7	8.1
	Lhokseumawe	101	87	45	3.8	42	3.5	7.3
	Bireun	100	94	45	3.8	49	4.1	7.9
	Pidie Jaya	96	96	32	2.7	64	5.6	8.3
	Pidie	100	95	25	2.1	70	6.0	8.1
	Aceh Selatan	103	99	50	4.2	49	4.1	8.3
	Abdya	92	90	49	4.1	41	3.5	7.6
Jumlah		794	756	312	26.2	444	37.7	63.9
Tsunami	K Banda Aceh	114	108	45	3.8	63	5.3	9.1
	Aceh Besar	121	118	30	2.5	88	7.4	9.9
	Aceh Jaya	85	83	36	3	47	4.0	7.0
	Aceh Barat	124	120	49	4.1	71	6.0	10.1
Jumlah		444	429	160	13.4	269	22.7	36.1

### 3.10. Kaedah Analisis Kajian

Kaedah analisis kajian, pengkaji menggunakan perisian *SPSS* fersi 13.0 *for Windows* (*Statistical Packages for Social Sciences*) yang interaktif untuk menganalisis data kajian yang telah diperolehi. Ini memudahkan lagi proses menganalisis hasil dapatan kajian. Semua keputusan kajian melibatkan pengiraan statistik yang dinyatakan dalam bentuk dua titik perpuluhan.

#### 3.10.1. Analisis Deskriptif

Statistik Deskriptif digunakan bagi menghuraikan secara menyeluruh tentang profil subjek kajian seperti umur, jawatan, taraf perkahwinan, tempoh perkhidmatan, kelulusan akademik, bangsa dan Sekolah Menengah. Statistik deskriptif bertujuan memperihalkan data yang diperolehi secara peratusan, mengira purata dan lain-lain pengiraan yang dapat menggambarkan taburan data yang diperolehi dengan lebih jelas.

### **3.10.2. Analisis Inferensi**

Analisis inferensi digunakan sebagai analisis lanjutan kepada analisis deskriptif bagi mendapatkan penganalisaan yang lebih saintifik dalam melihat hubungan yang wujud di antara dua jenis pemboleh ubah yang dikaji iaitu pemboleh ubah bebas dan pemboleh ubah terikat. Pemboleh ubah bebas dalam konteks kajian ini ialah Trauma dalam kalangan remaja Sekolah menengah. Pemboleh ubah terikat ialah wilyah, sumber trauma, Jantina. Selain itu, faktor demografi merupakan pemboleh ubah penyederhana. Statistik inferens melibatkan analisis korelasi Pearson, Anova sehala. Paras signifikan telah ditentukan pada aras .05 ( $\alpha < .05$ ) sama ada untuk menerima atau menolak hipotesis-hipotesis nul.

#### **3.10.2.1. Kaedah Alfa Cronbach**

Kebolehpercayaan soal selidik dan alat ukuran yang digunakan dianalisis dengan menggunakan kaedah *alpha Cronbach* seperti yang terdapat paket perisian penganalisan statistik SPSS versi 13.00. Nilai kepercayaan alpha Cronbach adalah antara 0.00 hingga 1.00. Mengikut Nunnally (1978), sekiranya indeks kebolehpercayaan alpha Cronbach melebihi .70 adalah soal selidik tersebut boleh dipercayai.

#### **3.10.2.2. Kaedah Korelasi Pearson**

Kesahan soal selidik dan alat ukuran yang digunakan adalah bertujuan untuk melihat sejauhmanakah soal selidik itu mengukur apa yang sepatutnya diukur. Kesahan soal selidik boleh diuji melalui korelasi di antara item dan jumlah skor berkenaan. Ini dapat dilakukan melalui kaedah korelasi Pearson (Wiersma 1991; Anastasia & Urbina, 1997). Mengikut pendapat McLeod (1994) dan Yahaya (2001) pekali korelasi adalah sesuatu perangkaan yang juga dapat menunjukkan darjah hubungan antara pembolehubah iaitu hubungan secara positif, negatif atau tidak berhubungan sama sekali. Hubungan di

antara kedua-dua pemboleh ubah itu pula boleh merupakan korelasi yang kuat, sederhana atau lemah berdasarkan nilai pekali yang diperolehi melalui pengiraan.

Alias Baba (1999) menjelaskan, pekali korelasi Pearson adalah sesuai digunakan jika data yang digunakan berbentuk sela atau nisbah dan kaitan antara kedua pemboleh ubah adalah linear. Bagi mengenalpasti kekuatan hubungan di antara dua pemboleh ubah, nilai pekali korelasi  $r = 1$ , manakala pekali  $r$  yang tidak menunjukkan perhubungan  $r = 0$ . Kekuatan perkaitan berdasarkan julat bernombor antara -1.0 hingga +1.0 (Miller 1991). Perkaitan antara pemboleh ubah ini ditafsirkan berdasarkan indeks yang dibentuk oleh Davis (1971), yang menjadi rujukan kajian ini untuk menerangkan hubungan bagi nilai ' $r$ '. Nilai korelasi yang berbeza memberi makna yang berbeza. Kesahan soal selidik dan alat ukuran. Beliau menyenaraikan kekuatan bagi nilai  $r$  ditunjukkan dalam Jadual 3.10.

Jadual 3.13 Kekuatan nilai Pekali Korelasi

No	Pekali Korelasi $r$	Kekuatan korelasi
1	.91 hingga 1.00 atau -.91 hingga -1.00	Sangat kuat
2	.71 hingga .90 atau -.71 hingga -.90	Kuat
3	.51 hingga .70 atau -.51 hingga -.70	Sederhana
4	.31 hingga .50 atau -.31 hingga -.50	Lemah
5	.01 hingga .30 atau -.01 hingga -.30	Sangat lemah
6	.00	Tiada korelasi

### 3.10.3. Ujian $-t$

Ujian  $-t$  digunakan untuk mengenalpasti perbezaan di antara skor-skor min yang melibatkan satu pemboleh ubah bebas. Analisis Ujian- $t$  membenarkan pengujian



perbezaan min dilakukan terhadap pemboleh ubah bersandar berdasarkan data dari dua kumpulan secara serentak.

#### **3.10.4. Anova Sehala**

Anova sehala digunakan untuk mengenalpasti perbezaan di antara skor-skor min yang melibatkan satu pemboleh ubah bebas. Analisis ANOVA membenarkan pengujian perbezaan min dilakukan terhadap pemboleh ubah bersandar berdasarkan faktor yang lebih dari dua kumpulan secara serentak. Untuk mengetahui pasangan kumpulan manakah yang sebenarnya berbeza secara signifikan maka ujian *Post-Hoc* ANOVA dilaksanakan jika terdapat perbezaan min.

#### **3.10.5. Analisis Regresi**

Mengikut Kachingan (1982) regresi berganda adalah satu teknik untuk memudahkan meramal dan menilai ketepatan penilaian di samping dapat mengawal faktor-faktor yang boleh mengelirukan. Melalui regresi berganda juga kita boleh melihat sumbangan pemboleh ubah yang spesifik bagi menerangkan pemboleh ubah kriteria. Analisis ini juga boleh menilai kesan-kesan ke atas pemboleh ubah kriteria apabila nilai pemboleh ubah bersandar berubah.

Heys (1981) menegaskan kaedah regresi memudahkan analisis kerana ianya mengambil kira hubungan serentak antara pemboleh ubah bersandar dan semua pemboleh ubah bebas yang lain. Borg dan Gall (1983) dan Alias Baba (1992) juga menyatakan bahawa teknik regresi berganda adalah satu teknik yang digunakan untuk menentukan hubungan linear antara pemboleh ubah bebas dengan pemboleh ubah bersandar. Oleh itu pemboleh ubah bebas harus ditentukan terlebih dahulu sebagai pemboleh ubah peramal kerana kadangkala terdapat banyak pemboleh ubah bebas yang kecil adalah perlu bagi meramal pemboleh ubah bersandar dengan berkesan disamping mengurangkan kos, masa dan tenaga penyelidikan (Mohd Majid, 1990).

Dalam konteks kajian ini, analisis regresi berganda (*Stepwise*) digunakan untuk menguji hipotesis 4 (Ha.4) iaitu bagi menguji pemboleh ubah yang boleh menjadi peramal terbaik dalam menentukan keperluan kepada remaja mangsa di Aceh. Analisis regresi berganda (*Stepwise*) digunakan untuk membuat ramalan linear antara pemboleh ubah bebas terhadap pemboleh ubah bersandar. Kaedah regresi berganda berupaya melihat sumbangan wilayah, sumber taruma dan jantina terhadap tahap trauma yang dialami remaja mangsa. Kategori pemboleh ubah bebas yang tidak memberi sumbangan yang signifikan pada aras keyakinan 0.05 akan disingkirkan daripada model. Secara langsung melalui kaedah regresi berganda akan muncul faktor peramal yang kuat untuk mewujudkan unit perkhidmatan kaunseling urgen kepada kalangan remaja di Aceh.

### **3.11. Rumusan**

Kajian yang dijalankan merupakan suatu kajian korelasi dan regresi yang melibatkan hubungan dan sumbangan di antara pemboleh ubah bebas keatas pemboleh ubah terikat yang di dalam kajian ini adalah wilayah, sumber trauma dan jantina. Bab ini menjelaskan kaedah kajian dari aspek alat kajian, reka bentuk kajian, tempat, subjek, cara kajian dilaksanakan dan rancangan kajian. Dua bentuk kaedah statistik iaitu deskriptif dan inferensi digunakan untuk menguji hipotesis kajian.

## **BAB IV**

### **KEPUTUSAN KAJIAN**

#### **4.1. Pengenalan.**

Bab ini ini mengandungi hasil keputusan kajian yang telah dilakukan melalui ujian deskriptif dan inferensi ke atas 12 rumusan hipotesis dari 2 skala *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yaitu:

#### **4.2. Rumusan Hipotesis**

**Hipotesis (Ho.1)** meramalkan tiada terdapat kesan trauma yang signifikan pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. (Ha.1) meramalkan terdapat kesan trauma yang signifikan pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis (Ho.2)** meramalkan tiada terdapat perbezaan tahap trauma yang signifikan respon ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada wilayah, sumber trauma dan jantina. (Ha.2) Meramalkan terdapat perbezaan tahap trauma yang signifikan respon ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh dilihat berdasarkan pada Wilayah, sumber trauma, dan jantina.

**Hipotesis (Ho.3)** meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara wilayah, sumber trauma dan jantina keatas respon indicator ATR, RL dan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. (Ha.3) Meramalkan terdapat hubungan yang

signifikan antara wilayah, sumber trauma dan Jantina keatas indicator ATR, RL dan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. **Hipotesis (Ho.4)** meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. (Ha.4) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis (Ho.5)** Meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. (Ha.5) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis (Ho.6)** meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh. (Ha.6) Meramalkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh.

**Hipotesis (Ho.7)** meramalkan tiada terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indicator ATR, RL dan INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh. (Ha.7) meramalkan terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indicator ATR, RL dan INC

dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh.

**Hipotesis (Ho.8)** konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut. Perkara ini boleh dilihat dari wilayah, jenis trauma dan jantina; (Ha.8) konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh telah mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut. hal ini boleh dilihat dari wilayah, jenis trauma dan jantina.

**Hipotesis (Ho.9)** tahap trauma pada skala klinikal yang dialami remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami yang terjadi di Aceh berada pada taraf rendah pada semua wilayah. jenis trauma dan jantina ; (Ha.9) tahap trauma pada skala klinikal yang di alami remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami yang terjadi di Aceh berada pada taraf tinggi pada semua wilayah, jenis trauma dan jantina.

**Hipotesis (Ho.10)** tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dilihat daripada wilayah, sumber trauma, dan Jantina; (Ha.10) terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal yang dialami kalangan remaja Sekolah Menengah di Aceh yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dilihat daripada wilayah, sumber trauma dan Jantina.

**Hipotesis (Ho.11)** wilayah, sumber trauma dan jantina tiada berkorelasi secara signifikan dengan tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa kedua sumber trauma konflik dan tsunami. (Ha.11) wilayah, sumber trauma dan jantina berkorelasi secara signifikan

dengan tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa keduanya.

**Hipotesis** (Ho.12) wilayah, sumber trauma dan jantina tiada memberi sumbangan yang signifikan keatas tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik, tsunami dan mangsa keduanya. (Ha.12) wilayah, sumber trauma dan jantina memberi sumbangan yang signifikan keatas tahap trauma pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik. tsunami dan mangsa keduanya.

#### **4.2. Keputusan Kajian**

Keputusan kajian ini merangkumi hasil ujian 11 rumusan hipotesis yang dibahagi kedalam dua keputusan yaitu: deskriptif dan keputusan inferensi ke atas 2 skala *Trauma Symptom Inventori* (TSI) yaitu: Pertama keputusan skala validity yang terdiri dari 3 indikator ATR, RL dan INC. Kedua skala klinikal yang merangkumi 4 dimensi yaitu: (1) *Dysphoric Mood*, (2) *PTSD*, (3) *Sexual Dysfunction*, dan (4) *Self Dysfunction*.

#### **4.3. Keputusan Kajian Skala Validity**

Keputusan kajian skala validity ini merangkumi hasil pengujian deskriptif dan inferensi.

##### **4.3.1. Keputusan Deskriptif**

Keputusan deskriptif ini merangkumi profil subjek kajian, tahap respon skala validity pada indicator : *Atypical Response* (ATR). *Response Level* (RL dan *Inconsistent* (INC) dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam konflik bersenjata, tsunami dan kedua peristiwa tersebut di Aceh. Sedangkan keputusan inferensi merangkumi 11 rumusan hipotesis.

#### 4.3.1.1. Profil Subjek Kajian

Secara deskriptif profil subjek kajian dilihat dari umur dibatasi 18 sampai dengan 23 tahun, yang menjadi mangsa dalam peristiwa traumatic seperti konflik bersenjata seramai 751 orang (63.4%), dari mangsa tsunami seramai 238 orang (20.1%), dan dari mangsa kedua sumber traumatic konflik dan tsunami seramai 196 orang (16.5%), jadi secara keseluruhan total subjek kajian dari tiga sumber trauma adalah seramai 1185 orang. Jumlah tersebut berasal dari 8 wilayah konflik, 2 wilayah tsunami dan 2 wilayah konflik dan tsunami. Untuk lebih jelas dapat dilihat dalam jadual 4.1 di bawah ini yaitu:

Jadual 4.1 Profil Subjek kajian

Aspek	Pemboleh ubah	Bilangan	Peratusan %
Umur		18-23 thn	
Sumber Trauma	Konflik	751	63.4
	Tsunami	238	20.1
	Konflik dan Tsunami	196	16.5
Jantina	Lelaki	451	39
	Perempuan	734	61
Wilayah	Konflik	8	66.6
	Tsunami	2	16.7
	Konflik dan Tsunami	2	16.7

#### 4.3.1.2. Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan

Berdasarkan hasil keputusan kajian menunjukkan bahawa majoriti tahap respon skala validity indicator ATR adalah seramai 836 subjek kajian (70.6%) mempunyai tahap rendah dan seramai 8 subjek kajian (0.7%) mempunyai tahap tinggi. Manakala indikator RL pula dapat dinyatakan keputusan kajian menunjukkan majoriti seramai 1006 subjek kajian (84.9%) mempunyai tahap rendah dan hanya 4 (0.3%) subjek kajian mempunyai tahap tinggi. Begitu pula indikator INC keputusan kajian menunjukkan

majoriti seramai 624 subjek kajian (52.7%) mempunyai tahap sederhana dan 55 orang subjek kajian (4.6%) mempunyai tahap tinggi. Untuk Lebih Jelas lihat Jadual 4.2 di bawah ini.

Jadual 4.2 .Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan

Indikator	Tahap	Kekerapan	Peratusan %
ATR	Tinggi	8	0.7
	Sederhana	341	28.8
	Rendah	836	70.6
RL	Tinggi	4	0.3
	Sederhana	175	14.8
	Rendah	1006	84.9
INC	Tinggi	55	4.6
	Sederhana	624	52.7
	Rendah	506	42.7

#### 4.3.1.3. Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jantina

Keputusan kajian menunjukkan ATR perempuan majoriti seramai 511 orang (69.5%) berada pada tahap rendah dan 4 orang berada tahap tinggi (0.5%). Sedangkan ATR lelaki majoriti keputusan kajian menunjukkan berada pada tahap rendah iaitu seramai 325 orang (72.2%) dan hanya seramai 4 orang menunjukkan tahap tinggi.

Manakala dilihat keputusan kajian menunjukkan RL lelaki dan wanita majoriti berada pada tahap rendah. Secara terperinci RL perempuan majoriti berada pada tahap rendah iaitu seramai 635 orang (86.4%) dan paling tinggi hanya 1 orang sahaja (0.1%). Sedangkan lelaki RL juga berada pada tahap rendah iaitu seramai 371 orang (82.4%) dan hanya 3 orang sahaja (0.7%) berada pada tahap tinggi.

Begitu pula keputusan kajian pada indikator INC menunjukkan majoriti seramai 404 responden perempuan (55%) mempunyai tahap sederhana pada skala INC dan 34



orang responden (4.6%) mempunyai tahap tinggi. Sedangkan pelajar lelaki menunjukkan majoriti seramai 209 responden (46.1%) mempunyai tahap INC pada tahap rendah dan 21 orang (4.6%) mempunyai tahap tinggi. Keputusan kajian menunjukkan terdapat perbezaan keputusan iaitu tahap INC perempuan lebih tinggi berbanding pelajar perempuan. Untuk lebih jelas lihat Jadual 4.3 di bawah ini.

Jadual 4.3. Tahap Respon Skala validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jantina

Indikator	Tahap	Lelaki		Perempuan	
		Kekerapan	Peratusan %	Kekerapan	Peratusan %
ATR	Tinggi	4	0.9	4	0.5
	Sederhana	121	26.9	220	29.9
	Rendah	326	72.2	511	69.5
RL	Tinggi	3	0.7	1	0.1
	Sederhana	76	16.9	99	13.5
	Rendah	372	82.4	635	86.4
INC	Tinggi	21	4.7	34	4.6
	Sederhana	202	48.9	404	55.0
	Rendah	209	46.1	297	40.4

#### 4.3.2. Keputusan Inferensi

Hasil keputusan inferensi dalam kajian ini merangkumi keputusan hasil ujian 12 rumusan hipotesis yaitu:

#### **4.3.2.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.1 dan Ha.1) Kesan Trauma Pada Skala Validity Indicator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan**

Hasil keputusan ujian hipotesis nol (Ho.1) yang meramalkan tiada terdapat kesan trauma yang signifikan pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut di Aceh adalah ditolak. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.1) yang diterima, kerana terdapat kesan yang signifikan dalam respon indicator ATR, RL dan INC dilihat dari wilayah yaitu dapatan ATR nilai  $F(4.229)$ ,  $p = 0.002$ . RL nilai  $F(4.570)$ ,  $p = 0.001$ , dan INC nilai  $F(4.956)$ ,  $p = 0.001$ .

Dilihat dari sumber trauma ATR nilai  $F(13.029)$ ,  $p = 0.000$  dan RL nilai  $F(13.029)$ ,  $p = 0.000$ , begitu pula dengan INC nilai  $F(13.280)$ ,  $p = 0.000$ . Artinya secara keseluruhan dapat dinyatakan dapatan nilai  $p < .05$  maka hipotesis alternatif tersebut diterima.

Manakala dilihat dari jantina, maka hipotesis nol (Ho.1) yang meramalkan tiada terdapat kesan trauma yang signifikan adalah diterima pada indicator ATR dan INC, kerana dapatnya nilai ATR  $F(.020) = 0.888$  dan INC  $F(3.089) = 0.079$ , ini artinya nilai  $p > .05$ . maka hipotesis diterima. Tetapi hipotesis nol (Ho.1) di tolak pada indicator RL kerana dapatan nilai  $F(5.469)$   $p = 0.02$  artinya  $p < .05$ . maka hipotesis alternatif (Ha.1) diterima. Untuk detail lihat Jadual 4.4 di bawah ini.

Jadual 4.4. Hasil Ujian ANOVA Kesan Trauma Skala Validiti Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Wilayah, Jenis Trauma dan Jantina.

Pemboleh ubah	Indikator	N	Skala Validiti		
			Mean	F	Sig
Wilayah	ATR	1185	81.781	4.229	.002
	RL	1185	17.089	4.570	.001
	INC	1185	102.349	4.956	.001
sumber Trauma	ATR	1185	249.629	13.029	.000
	RL	1185	249.629	13.029	.000
	INC	1185	272.289	13.280	.000
	ATR	1185		4.229	.002
	RL	1185		4.570	.001
	INC	1185		4.956	.001

ATR= *Atypical Response*; RL = *Response Level*; INC = *Inconsisten*

#### 4.3.2.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan Tahap Trauma Pada Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jantina.

Hasil keputusan ujian hipotesis (Ho.2) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap respon ATR, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada jantina adalah diterima, kerana dapatan menunjukkan berbeza, ATR nilai [ $t(1.1181) = 0.544$ ,  $p > 0.05$ ]. Apa bila dilihat secara terperinci pelajar perempuan lebih ramai mengalami ATR berbanding pelajar lelaki. Dengan demikian hipotesis (Ha.2) yang ditolak. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.5. .

Jadual 4.5 Perbezaan Tahap ATR Mengikut Jantina

Subjek kajian	N	Min	SP	dk	<i>t</i>	Sig
Perempuan	734	1.281	.459	1182	.544	.0812
Lelaki	451	1.263	.421			

$p > .05$

Hasil keputusan ujian hipotesis nol ( $H_0.2$ ) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan signifikan tahap respon RL, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada jantina adalah ditolak, dengan demikian hipotesis nol ( $H_a.2$ ) yang diterima kerana dapatan menunjukkan berbeza dengan nilai  $[t(1,1181) = 0.221, p > 0.05]$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.6.

Jadual 4.6 Perbezaan Tahap RL Mengikut Jantina

Subjek kajian	N	Mean	SP	dk	t	Sig
Perempuan	734	1.113	.355	1182	.221	.022*
Lelaki	451	1.114	.321			

$P < 0.05$

Hasil keputusan ujian hipotesis nol ( $H_0.2$ ) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap respon INC, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada jantina adalah ditolak, dengan demikian hipotesis alternatif ( $H_a.2$ ) yang diterima, kerana dapatan menunjukkan berbeza dengan nilai  $[t(1,1181) = 5.672, p < 0.05]$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.7.

Jadual 4.7 Perbezaan Tahap INC Mengikut Jantina.

Subjek kajian	N	Mean	SP	dk	t	Sig
Perempuan	734	2.434	.576	1182	5.672	.02*
Lelaki	451	1.114	.121			

$p < .05$

#### 4.3.2.3. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan Tahap Respon Indikator ATR, RL dan INC Berdasar Sumber Trauma

Hasil keputusan ujian hipotesis (Ho.2) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap respon ATR, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada sumber trauma adalah ditolak, dengan demikian hipotesis (Ha.2) yang diterima, kerana dapatan menunjukkan berbeza signifikan dengan nilai [  $F(2, 1182) = 5.255, p < 0.01$ ]. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.8 .

Jadual 4. 8 Perbezaan tahap respon ATR mengikut Sumber Trauma

Punca Variasi	JKD	df	MKD	F	Sig
Antara kumpulan	2.340	2	1.170	5.255	0.005**
Dalam Kumpulan	263.108	1182	.223		
Jumlah	265.448	1184			

\*\* $p < .01$

Berdasarkan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons* Scheffe menunjukkan terdapat perbezaan mean sangat kentara iaitu ATR pada sumber trauma konflik lebih tinggi berbanding sumber trauma lainnya pada aras signifikansi 99%. Keputusan maklumat lengkap ditunjukkan pada jadual 4.9.

Jadual 4.9. Ujian *Post Hoc* mengenai perbezaan tahap ATR mengikut sumber trauma

Sumber Trauma	Mean	1	2	3
1. Konflik	2.877		*	*
2. Tsunami	1.243			
3. Konflik dan Tsunami	1.438			

\*\* $p < .01$

Hasil keputusan ujian hipotesis nol (Ho.2) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap respon RL, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan

pada sumber trauma adalah ditolak, dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.2) yang diterima, kerana dapatan menunjukkan berbeza signifikan dengan nilai  $[F(2, 1182) p = 6.576, p < 0.01]$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.10 .

Jadual 4.10 . Perbezaan Tahap RL mengikut Sumber Trauma

Punca Variasi	JKD	df	MKD	F	Sig
Antara kumpulan	1.791	2	.895	6.576	0.001**
Dalam Kumpulan	160.949	182	.136		
Jumlah	162.739	1184			

\*\* $p < .01$

Berdasarkan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons* Scheffe menunjukkan terdapat perbezaan mean sangat kentara iaitu RL pada sumber trauma konflik lebih tinggi berbanding sumber trauma lainnya pada aras signifikansi 99%. Keputusan maklumat lengkap ditunjukkan pada Jadual 4.11 .

Jadual 4.11 . Ujian *Post Hoc* mengenai perbezaan tahap RL mengikut sumber trauma

Sumber Trauma	Mean	1	2	3
1. Konflik	2.431		*	*
2. Tsunami	1.231			
3. Konflik dan Tsunami	1.121			

\*\* $p < .01$

Hasil keputusan ujian hipotesis nol (Ho.2) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap respon INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa keduanya di Aceh dilihat berdasarkan pada sumber trauma adalah ditolak, dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.2) yang diterima, kerana dapatan menunjukkan berbeza signifikan dengan nilai  $[F(2,1182) = 8.627, p < 0.000]$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.12 berikut.

Jadual 4.12 . Perbezaan Tahap INC mengikut Sumber Trauma

Punca Variasi	JKD	df	MKD	<i>F</i>	Sig
Antara kumpulan	5.602	2	2.801	8.627	0.000**
Dalam Kumpulan	383.752	182	.325		
Jumlah	389.354	1184			

\*\* $p < 0.01$

Berdasarkan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons* Scheffe menunjukkan terdapat perbezaan mean ketara iaitu INC pada sumber trauma konflik lebih tinggi berbanding sumber trauma lainnya pada aras signifikansi 95%. Keputusan dan maklumat lengkap ditunjukkan pada Jadual 4.13 .

Jadual 4.13 . Ujian *Post Hoc* mengenai perbezaan tahap INC mengikut sumber trauma

Sumber Trauma	Mean	1	2	3
1. Konflik	1.668		*	*
2. Tsunami	1.222			
3. Konflik dan Tsunami	1.121			

\*\* $p < .01$

#### 4.3.2.4. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis Nol (Ho.2 dan Ha.2) Perbezaan Tahap Respon Indikator ATR, RL dan INC Berdasar wilayah.

Keputusan kajian kajian dari ujian ANOVA menunjukkan bahawa perbezaan yang signifikan di antara wilayah dengan respon trauma dimensi validiti pada indikator ATR nilai  $F = 13.705$  ,  $P < 0.05$  , Indikator RL  $F = 3.392$  ,  $p < .05$  , Indikator INC  $F = 5.602$  ,  $P < 0.05$  . Maknanya hipotesis Ha.4 (terdapat perbezaan yang signifikan antara wilayah dengan wilayah lain) adalah di terima. Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.14 berikut.

Jadual 4.14 Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi Validiti Berdasarkan Wilayah

Indikator		Skala Validity				
		SS	DF	MS	F	Sig
ATR	Between Groups	2299,136	11	209,012	13,705	,000
	Within Groups	17889,362	1173	15,251		
RL	Between Groups	148,424	11	13,493	3,392	,000
	Within Groups	4665,537	1173	3,977		
INC	Between Groups	673,784	11	61,253	5,602	,000
	Within Groups	12825,114	1173	10,934		

\* $p < .05$ . \*ATR = *Atypical Response*, RL=*Response Level*, INC= *Inconsistent Response*

Untuk mengetahui lebih mendalam perbezaan masing-masing kabupaten maka digunakan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe*. Berdasarkan jadual di atas menunjukkan perbezaan min yang lebih tinggi ketara pada ATR dan INC Aceh Timur dengan Aceh Selatan, Bireun dan Abdya berbanding kabupaten lainnya pada aras signifikan 95 %. Tetapi Untuk RL tidak ada perbezaan yang signifikan. Keputusan kajian detail boleh dilihat pada Jadual 4.19.

Jadual 4.15 Ujian *Post Hoc* Perbezaan Respon Antara Kabupaten pada Dimensi Validiti Indikator ATR, RL dan INC.

Wilayah	Skala validiti : ATR, RL,INC												
	MIN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A Timur	-2,00147			*								*	*
A UTARA	-2,00147												
LHOKSEUMAWE	-1,18812											*	
BIREUEN	-3,54406	*				**	*	*	*	*	**		
PIJAY	,16636				**							*	*
PIDIE	-,87406				*							*	
A BARAT	-,46503				*							*	*
A BESAR	-1,08993				*							*	
KOTA BANDA ACEH	-,16423				**							*	**
A JAYA	-,34073				*							*	
A SELATAN	-4,09891	*		*		*	*	*	*	*	*		
Abdya	-3,18826	*				*		*		*	*		

\* $p < .05$  \* ATR= *Atypical Response* \*INC= *Inconsistent Response*



#### 4.3.2.5. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.3 dan Ha.3) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina ke Atas Indikator ATR, RL dan INC, Dalam Kalangan Remaja Mangsa Konflik dan Tsunami.

Keputusan kajian ini menunjukkan bahawa : **Pertama**, wilayah memperlihatkan hubungan yang signifikan (0.01) dengan skala validiti *Trauma Symptom Inventory* (TSI) pada indikator *Atypical Response* (ATR) di mana point  $r = .095$  atau mendekati 99,9%, sedangkan pada item lain dari skala validiti tidak ada hubungan yang signifikan. **Kedua**, Sumber trauma pula memperlihatkan hubungan yang signifikan (0.01) mendekati 99,9% dengan skala validiti pada indikator *Response level* (RL) dimana dapatan  $r = .081$ . **Ketiga**, jantina juga memperlihatkan hubungan yang signifikan (0.01) dengan validity skala pada indikator *Response Level* (RL)  $r = -.080$ , Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam jadual 4.16 di bawah ini.

Jadual 4.16. Hubungan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Validity dan Klinikal *Trauma Symptom Inventory* (TSI)

Skala Korelasi Pearson	Indikator TSI	Wilayah $r$	Sumber Trauma $r$	Jantina $r$
Validity	ATR	.095**		
	RL		-.081**	-.080**
	INC			

#### 4.3.2.6. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4) Hubungan Skala Validiti Indikator ATR dengan RL

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.4) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah di tolak. Dengan demikian hipotesis (Ha.4) yang diterima, kerana dapatan hasil ujian korelasi Pearson menunjukkan terdapat hubungan negatif signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada taraf nyata 0.01 ( $r = .383^{**}$ ,  $p < .01$ ). Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku

ATRnya maka semakin rendah Tahap respon indikator RL bahagi orang yang mengalami trauma.

#### **4.3.2.7. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.5 dan Ha.5) Hubungan Skala Validiti Indikator ATR dengan INC**

Keputusan hasil ujian hipotesis nol (Ho.5) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah ditolak. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.5) yang diterima, kerana dapatan hasil analisis korelasi Pearson menunjukkan terdapat hubungan negatif signifikan antara ATR dengan INC pada tahap rendah ( $r = -.433^{**}$ ,  $p < .01$ ). Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku ATR maka semakin rendah tahap respon indikator INC bahagi orang yang mengalami trauma.

#### **4.3.2.8. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.6 dan Ha.6) Hubungan Skala Validiti Indikator RL dengan INC**

Keputusan hasil ujian hipotesis nol (Ho.6) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah ditolak. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.6) yang diterima, kerana hasil analisis korelasi Pearson menunjukkan terdapat hubungan negatif signifikan diantara RL dengan INC pada tahap rendah ( $r = -.362^{**}$ ,  $p < .01$ ). Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku RL maka semakin rendah tahap INC seseorang, dan sebaliknya.

#### **4.3.2.9. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.7 dan Ha.7) Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap Tahap Trauma Indikator ATR, RL dan INC**

Keputusan pertama hasil ujian hipotesis nol (Ho.7) yang meramalkan tiada terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indikator ATR, dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi

mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah diterima. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.7) adalah ditolak. Kerana dapatan menunjukkan bahawa terdapat kesan utama pemboleh ubah sumber trauma dengan nilai [ $F(2, 1179) = 5.511, p < .01$ ], namun tiada terdapat kesan utama pada jantung dengan nilai [ $F(1, 1179) = 2.174, p > .05$ ] keatas ATR. Selain itu keputusan kajian menunjukkan tiada kesan interaksi signifikan diantara sumber trauma dan jantung keatas ATR dengan nilai [ $F(2, 1179) = 1.269, p > .05$ ]. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.17

Jadual 4.17 . Hasil ujian ANOVA Dua Hala Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap ATR

Punca Variasi	JKD	dk	MKD	<i>F</i>	Sig
Sumber Trauma	2.453	2	1.227	5.511	.004
Jantina	.484	1	.484	2.174	.141
Interaksi(Sumber Trauma X Jantina)	.565	2	.282	1.269	.282
Ralat	262.419	1179	.223		
Jumlah	2272.000	1185			

Keputusan kedua hasil ujian hipotesis (Ho.7) yang meramalkan tidak terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantung, terhadap skala validity pada indicator RL dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah diterima. Dengan demikian hipotesis (Ha.7) yang ditolak, kerana keputusan menunjukkan bahawa terdapat kesan utama pemboleh ubah sumber trauma [ $F(2, 1179) = 6.516, p < .01$ ] dan jantung [ $F(1, 1179) = 6.999, p < .01$ ] keatas RL. akan tetapi tiada kesan interaksi signifikan diantara sumber trauma dan jantung keatas RL [ $F(2, 1179) = 2.499, p > .05$ ]. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.18 berikut.

Jadual 4.18 . Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap RL

Punca Variasi	JKD	dk	MKD	<i>F</i>	Sig
Sumber Trauma	1.765	2	.883	6.516	.002
Jantina	.947	1	.947	6.999	.008
Interaksi(Sumber Trauma X Jantina	.677	2	.339	2.499	.083
Ralat	159.715	1179	.135		
Jumlah	1742.000	1185			

Keputusan ketiga hasil ujian hipotesis (Ho.7) yang meramalkan tiada terdapat kesan interaksi yang signifikan antara sumber trauma dan jantina, terhadap skala validity pada indicator INC dalam kalangan remaja Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh adalah diterima. Dengan demikian hipotesis (Ha.7) yang ditolak, kerana dapatan menunjukkan bahawa terdapat kesan utama pemboleh ubah sumber trauma [ $F(2, 1179) = 8.739, p < .01$ ] tetapi tiada terdapat kesan utama pada jantina [ $F(1, 1179) = 2.655, p > .05$ ] keatas INC. Walaupun demikian dapatan lain menunjukkan tiada kesan interaksi signifikan diantara sumber trauma dan jantina keatas INC [ $F(2, 1179) = .171, p > .05$ ]. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.19 .

Jadual 4.19 . Kesan Interaksi Sumber Trauma Dengan Jantina Terhadap INC

Punca Variasi	JKD	dk	MKD	<i>F</i>	Sig
Sumber Trauma	5.671	2	2.836	8.739	.000
Jantina	.862	1	.862	2.655	.103
Interaksi(Sumber Trauma X Jantina	.111	2	.055	.171	.843
Ralat	382.586	1179	.325		
Jumlah	3497.000	1185			

#### **4.4. Keputusan Kajian Skala Klinik**

Keputusan hasil ujian hipotesis keatas skala klinikal ini merangkumi 4 dimensi skala yaitu: (1) *Dysphoric Mood*, (2) *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), (3) *Sexual Dysfunction*, dan (4) *Self Dysfunction*.

##### **4.4.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi *Dysphoric Mood*. Indikator AA, D, AI. Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina**

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.8) yang meramalkan konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut adalah diterima pada indikator *Depression* (D) kerana dapatan [ $F(.009)$   $p = 0.923$  bererti  $p > .05$ ]. dan ditolak pada indikator yang lain, dilihat dari Jantina.

Namun bila dilihat dari wilayah dan sumber trauma, maka dapat dinyatakan bahawa hipotesis alternatif (Ha.8) adalah diterima, kerana dapatan menunjukkan terdapat kesan yang signifikan pada indikator AA nilai [ $F(4.539)$   $p = 0.001$ ], D nilai [ $F(3.990)$   $p = 0.003$ ]; AI nilai [ $F(4.591)$   $p = 0.001$ ], dilihat pada wilayah kerana  $p < .05$ .

Begitu pula dilihat pada sumber trauma indikator AA nilai [ $F(8.787)$   $p = 0.000$ ], D nilai [ $F(12.414)$   $p = 0.000$ ]; AI nilai [ $F(8.680)$   $p = 0.000$ ,  $p < .05$ ]. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.20 berikut.

Jadual 4.20. Hasil Ujian ANOVA Kesan Trauma Ke atas Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA.D.AI di lihat berdasarkan wilayah. sumber trauma dan jantina.

Pemboleh Ubah	Indikator	N	Dimensi <i>Clinical Dysphoric Mood</i>		
			Mean	F	Sig
Wilayah	(AA)	1185	16.950	4.539	.001
	(D)	1185	77.591	3.990	.003
	(AI)	1185	17.228	4.591	.001
Sumber Trauma	AA)	1185	32.779	8.787	.000
	(D)	1185	239.231	12.414	.000
	(AI)	1185	32.544	8.680	.000
Jantina	(AA)	1185	20.283	5.386	.020
	(D)	1185	.182	.009	.923
	(AI)	1185	20.957	5.539	.019

*Anxious Arousal (AA). Depression (D) dan Anger Irritability (AI).*

#### 4.4.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi PTSD Indikator IE, DA, DIS. Dilihat Dari Wilayah, Sumber Trauma, Jantina

Keputusan kajian hasil ujian hipotesis nol (Ho.8) yang meramalkan konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut adalah diterima pada indikator IE dilihat dari Jantina kerana dapatan menunjukkan nilai [ $F(.013) = 0.909$ , ini  $p > .05$ ]. Dengan demikian (Ha.8) di tolak pada item ini.

Manakala dilihat dari wilayah dan sumber trauma hipotesis alternatif (Ho.8) adalah di tolak. Dengan demikian (Ha.8) yang diterima kerana dapatan menunjukkan IE nilai [ $F(4.276) = 0.002$ ]; DA nilai [ $F(4.378) = 0.002$ ]; DIS nilai [ $F(4.557) = 0.001$ ], dapatan ini  $p < .05$  pada wilayah. Dan IE nilai [ $F(13.017) = 0.000$ ]; DA nilai [ $F(12.267) = 0.000$ ]; dan DIS nilai [ $F(8.552) = 0.000$ ] ini menunjukkan nilai  $p < .05$

dilihat dari sumber trauma. Namun apabila dilihat dari jantina maka dapat dikatakan bahawa hipotesis nol ( $H_0$ .8) adalah diterima pada indikator IE dengan dapatan nilai  $F(0.13) = 0.909$  dan ditolak pada indikator DA nilai  $[F(4.356) = 0.037]$ ; dan DIS nilai  $F(5.532) = 0.019]$  dapatan ini beerti  $p < .05$  Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.21.

Jadual 4.21. Hasil Ujian ANOVA ke atas dimensi PTSD pada Indikator IE. DA dan DIS dilihat berdasarkan pada wilayah. sumber trauma dan jantina.

Pemboleh Ubah	Indikator	N	<i>Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)</i>		
			Mean	<i>F</i>	Sig
Wilayah	(IE)	1185	82.743	4.276	.002
	(DA)	1185	90.709	4.378	.002
	(DIS)	1185	17.229	4.557	.001
Sumber Trauma	(IE)	1185	249.629	13.017	.000
	(DA)	1185	252.285	12.267	.000
	(DIS)	1185	32.310	8.552	.000
Jantina	(IE)	1185	.254	.013	.909
	(DA)	1185	91.038	4.356	.037
	(DIS)	1185	21.089	5.532	.019

*Intrusive Experience (IE). Defensive Avoidance (DA) dan Dissociation (DIS)*

#### 4.4.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis ( $H_0$ .8 dan $H_a$ .8) Kesan Trauma Keatas Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB. Dilihat Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina

Keputusan kajian hasil ujian hipotesis nol ( $H_0$ .8) yang meramalkan konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut ditolak. Dengan demikian hipotesis alternatif ( $H_a$ .8) yang diterima, kerana dapatan kajian menunjukkan SC nilai  $[F(4.449) = 0.001]$ ; DSB nilai  $[F(3.208) = 0.012]$ , nilai ini  $p < 0.05$  pada wilayah. SC nilai  $[F(9.035) = 0.000]$ ; DSB nilai

[ $F(5.197) = 0.006$ ] nilai ini  $p < .05$ . pada sumber trauma. Begitu pula pada jantina dapatan menunjukkan SC nilai [ $F(5.102) = 0.024$ ]; DSB nilai [ $F(7.402) = 0.007$ ] nilai ini  $p < 0.05$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.22

Jadual 4.22. Hasil Ujian ANOVA pada dimensi *Sexual Dysfunction* indikator SC dan DSB di Lihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina

Pemboleh Ubah	Indikator	N	Dimensi <i>Clinical Sexual Dysfunction</i>		
			Mean	F	Sig
Wilayah	SC	1185	16.408	4.449	.001
	DSB	1185	11.002	3.208	.012
Sumber trauma	SC	1185	33.256	9.035	.000
	DSB	1185	17.833	5.197	.006
Jantina	SC	1185	18.967	5.102	.024
	DSB	1185	25.440	7.402	.007

*Sexual Concenrs (SC) . Dysfunctional Sexual Behavior (DSB)*

#### 4.4.4. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) Kesan Trauma Keatas Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB. Dilihat Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.

Keputusan kajian hasil ujian hipotesis nol (Ho.8) yang meramalkan konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami yang berlaku di Aceh tiada mengkesan trauma klinikal keatas kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa tersebut adalah ditolak. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.8) yang diterima, kerana dapatan kajian menunjukkan ISR nilai [ $F(4.752) = 0.001$ ]; TRB nilai [ $F(4.501) = 0.001$ ], nilai ini  $p < .05$  pada wilayah. ISR nilai [ $F(4.635) = 0.010$ ]; TRB nilai [ $F(8.924) = 0.000$ ] nilai ini  $p < .05$ . pada sumber trauma. Begitu pula pada jantina dapatan menunjukkan ISR nilai [ $F(6.822) = 0.009$ ]; DSB nilai [ $F(5.252) = 0.022$ ] nilai ini  $p < .05$ . Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.23 berikut.



Jadual 4.23 . Hasil Ujian ANOVA ke Dimensi *Self Dysfunction* pada Indikator ISR dan TRB di lihat dari Wilayah, Sumber Trauma dan jantina.

Pemboleh Ubah	Indikator	N	Dimensi <i>Clinical Self Dysfunction</i>		
			Mean	F	Sig
Wilayah	ISR	1185	18.245	4.752	.001
	TRB	1185	16.677	4.501	.001
Sumber Trauma	ISR	1185	17.912	4.635	.010
	TRB	1185	33.017	8.924	.000
Jantina	ISR	1185	26.397	6.822	.009
	TRB	1185	19.619	5.252	.022

*Inpaired Self Reference (ISR). Tension Reduction Behavior (TRB).*

#### 4.4.5. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dilihat Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina

Untuk menjawab hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) dilakukan dua ujian yaitu deskriptif dan ujian inferensi:

##### 4.4.5.1. Keputusan Deskriptif.

Keputusan ini merangkumi hasil ujian deskriptif keatas skala klinikal pada 4 dimensi pada indicator masing-masing, yaitu: *Dysphoric Mood* (AA, D dan AI); PTSD (IE, DA dan AI); *Sexual Dysfunction* (SC dan DSB) dan *Self Dysfunction* (ISR dan TRB) yang dilihat berdasarkan wilayah, sumber trauma dan jantina.

##### 4.4.5.1.1. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* pada Indikator AA, D dan AI dilihat Berdasarkan Jantina

Hasil ujian deskriptif keatas skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* pada indicator AA, D dan AI, dilihat dari jantina dapat dinyatakan bahawa majoriti kesan *Anxious Arousal* (AA) berada pada tahap sederhana untuk kalangan lelaki dengan dapatan kekerapan seramai 235 orang (52.1%). Namun pada kalangan perempuan

majoriti berada pada tahap tinggi dengan dapat nilai kekerapan seramai 491 orang (66.9%).

Sementara pada indicator *Depression* (D) dapat dinyatakan majoriti kesan trauma berada pada tahap tinggi dengan kekerapan seramai 301 orang (66.7%) pada kalangan lelaki. Namun pada kalangan perempuan majoriti juga pada tahap tinggi dengan nilai kekerapan seramai 360 orang (49.0%).

Begitu pula pada indicator *Anger Irritability* (AI) majoriti kesan trauma berada pada tahap sederhana dan tinggi hanya sedikit perbezaan dengan kekerapan tahap sederhana seramai 187 orang (41.5%) dan tahap tinggi seramai 197 orang (43.7%) untuk kalangan lelaki. Dan untuk kalangan perempuan pula majoriti berada pada tahap tinggi dengan nilai kekerapan seramai 353 orang (48.1%). Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada jadual 4.24.

Jadual .4.24. Kesan Trauma Skala klinikal pada dimensi *Dysphoric Mood* indicator AA, D dan AI dilihat Berdasarkan Jantina

Skala	Indikator	Tahap	Lelaki N = 451			Perempuan N =734		
			F	%	% C	F	%	V%
Dysphoric Mood	AA	Rendah	29	6.4	6,4	38	5,2	5,2
		Sederhana	235	52.1	52,1	205	27,9	27,9
		Tinggi	187	41.5	41,5	491	66,9	66,9
	D	Rendah	22	4.9	4,9	76	10,4	10,4
		Sederhana	128	28.4	28,4	297	40,5	40,5
		Tinggi	301	66,7	66,7	360	49,0	49,0
	AI	Rendah	67	14.9	14,9	102	13,9	13,9
		Sederhana	187	41.5	41,5	277	37,7	37,7
		Tinggi	197	43.7	43,7	353	48,1	48,1

#### 4.4.5.1.2. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada Indikator IE, DA dan DIS dilihat Berdasarkan Jantina

Hasil ujian deskriptif keatas skala klinikal dimensi PTSD pada indicator IE, DA dan DIS, dilihat dari jantina dapat dinyatakan bahawa majoriti kesan trauma indikator IE berada pada tahap tinggi untuk kalangan lelaki dengan dapatan kekerapan seramai 201 orang (44.6%). Begitu juga pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap tinggi dengan dapatan nilai kekerapan seramai 388 orang (52.9%).

Sementara pada indicator DA juga sama dapatan majoriti berada pada tahap tinggi dengan kekerapan seramai 248 orang (55.0%) pada kalangan lelaki. Begitu juga pada kalangan perempuan mayoriti juga pada tahap tinggi dengan nilai kekerapan seramai 495 orang (67.4%).

Begitu pula pada indicator DIS majoriti berada pada tahap tinggi dengan kekerapan seramai 285 orang (63.2%) untuk kalangan lelaki. Dan untuk kalangan perempuan juga sama mayoriti berada pada tahap tinggi dengan nilai kekerapan seramai 369 orang (50.3%). Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada jadual 4.25

Jadual 4.25. Tahap Trauma Skala Klinikal Pada Dimensi PTSD indicator IE, DA dan DIS dilihat dari jantina

Skala	Indikator	Tahap	Lelaki N = 451			Perempuan N = 734		
			F	%	V%	F	%	V%
PTSD	IE	Rendah	78	17,3	17,3	61	8,3	8,3
		sederhana	172	38,1	38,1	283	38,6	38,6
		Tinggi	201	44,6	44,6	388	52,9	52,9
	DA	Rendah	42	9,3	9,3	40	5,4	5,4
		sederhana	161	35,7	35,7	199	27,1	27,1
		Tinggi	248	55,0	55,0	495	67,4	67,4
	DIS	Rendah	30	6,7	6,7	81	11,0	11,1
		sederhana	136	30,2	30,2	283	38,6	38,6
		Tinggi	285	63,2	63,2	369	50,3	50,3

#### 4.4.5.1.3. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* pada Indikator SC dan DSB dilihat Berdasarkan Jantina

Hasil ujian deskriptif keatas skala klinikal dimensi *Sexual Dysfunction* pada indicator SC dan DSB, dilihat dari jantina dapat dinyatakan bahawa majoriti kesan trauma indicator SC berada pada tahap tinggi untuk kalangan lelaki dengan dapatan kekerapan seramai 230 orang (51.0%). Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap rendah dengan dapat nilai kekerapan seramai 373 orang (50.8%). Sementara pada indicator DSB dapatan majoriti berada pada tahap sederhana dengan kekerapan seramai 179 orang (39.7%) pada kalangan lelaki. Namun pada kalangan perempuan mayoriti juga pada tahap rendah dengan nilai kekerapan seramai 407 orang (55.4%). Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada jadual 4.26.

Jadual. 4.26. Kesan Trauma Skala Klinikal Pada dimensi *Sexual Dysfunction* Pada Indikator SC dan DSB

Skala	Indikator	Tahap	Lelaki N = 451			Perempuan N = 734		
			F	%	% C	F	%	V%
Dysfunction Sexual	SC	Rendah	39	8,6	8,6	373	50,8	50,8
		sederhana	182	40,4	40,4	233	31,7	31,7
		Tinggi	230	51,0	51,0	128	17,4	17,4
	DSB	Rendah	148	32,8	32,8	407	55,4	55,5
		sederhana	179	39,7	39,7	262	35,7	35,7
		Tinggi	124	27,5	27,5	64	8,7	8,7

#### 4.4.5.1.4. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* pada Indikator ISR dan TRB dilihat Berdasarkan Jantina

Hasil ujian deskriptif keatas skala klinikal dimensi *Self Dysfunction* pada indicator ISR dan TRB, dilihat dari jantina dapat dinyatakan bahawa majoriti kesan trauma indicator ISR berada pada tahap rendah dan sederhana untuk kalangan lelaki dengan dapatan

kekerapan sederhana seramai 178 orang (39.5%) dan sederhana seramai 175 orang (38.8%). Namun berbeza pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap tinggi dengan dapat nilai kekerapan seramai 426 orang (58.0%).

Sementara pada indicator TRB dapatan majoriti berada pada tahap tinggi dengan kekerapan seramai 267 orang (59.2%) pada kalangan lelaki. Namun pada kalangan perempuan berbeza majoriti pada tahap sederhana dengan nilai kekerapan seramai 380 orang (51.8%). Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada jadual 4.27.

Jadual 4.27. Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* Pada Indikator ISR dan TRB Dilihat Dari Jantina dan Wilayah

Skala Klinikal	Indikator	Tahap	Lelaki N = 451			Perempuan N = 734		
			F	%	V%	F	%	V%
Self Dysfunction	ISR	Rendah	178	39,5	39,5	53	7,2	7,2
		sederhana	175	38,8	38,8	251	34,2	34,2
		Tinggi	98	21,7	21,7	426	58,0	58,1
	TRB	Rendah	44	9,8	9,8	201	27,4	27,4
		sederhana	140	31,0	31,0	380	51,8	51,8
		Tinggi	267	59,2	59,2	153	20,8	20,8

#### 4.4.5.1.5. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA,D dan AI dilihat Dari Jantina dan Wilayah.

**Pertama**, hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* indikator AA dilihat dari Wilayah , maka dapat dinyatakan secara keseluruhan wilayah majoriti berada pada tahap sederhana pada kalangan lelaki, dan pada tahap tinggi untuk kalangan perempuan. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.28 berikut.

Jadual 4.28. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N 451	Skala Klinikal <i>Dysphoric Mood</i> AA					
			Lelaki			Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	0	12	13	76	6	28
2	A UTARA	29	2	15	12	52	0	8
3	LHOKSEUMAWE	49	0	28	21	52	0	18
4	BIREUEN	45	0	16	29	55	2	13
5	PIJAY	32	5	19	8	64	4	21
6	PIDIE	25	3	12	10	75	1	23
7	A BARAT	49	1	21	27	75	4	25
8	A BESAR	30	4	15	11	91	5	25
9	KOTA BANDA ACEH	45	7	26	12	69	11	26
10	A JAYA	33	3	18	12	42	3	12
11	A SELATAN	50	4	27	19	53	1	5
12	ABDIYA	39	0	26	13	30	1	1

**Kedua,** Hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* indicator D dilihat dari wilayah dengan jantina, dapat dinyatakan secara keseluruhan wilayah majoriti pada tahap tinggi pada kalangan lelaki, dan pada kalangan perempuan keseluruhan berada pada tahap sederhana dan juga tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.29.

Jadual 4.29. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator D dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N 451	Skala Klinikal <i>Dysphoric Mood</i> D					
			Lelaki			Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	0	8	17	76	12	40
2	A UTARA	29	2	8	19	52	3	14
3	LHOKSEUMAWE	49	0	9	40	52	3	23
4	BIREUEN	45	0	15	30	55	2	14
5	PIJAY	32	3	11	18	64	8	33
6	PIDIE	25	1	9	15	75	3	31
7	A BARAT	49	2	14	33	75	11	34
8	A BESAR	30	6	9	15	91	13	37
9	KOTA BANDA ACEH	45	6	21	18	69	14	33
10	A JAYA	33	0	8	25	42	6	15
11	A SELATAN	50	1	8	41	53	1	16
12	ABDIYA	39	1	8	30	30	0	7

**Ketiga,** Hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* indicator AI dilihat dari Wilayah , maka dapat dinyatakan secara keseluruhan wilayah majoriti berada pada tahap sederhana dan juga tahap tinggi pada kalangan lelaki dan perempuan. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.30.

Jadual 4.30. Tahap trauma Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AI dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N 451	Skala Klinikal			Dysphoric Mood AI			
			Rendah	Lelaki Sederhana	Tinggi	N 734	Rendah	Perempuan Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	4	9	12	76	17	28	31
2	A UTARA	29	5	13	11	52	7	10	34
3	LHOKSEUMAWE	49	4	21	24	52	6	18	28
4	BIREUEN	45	3	17	25	55	5	19	31
5	PIJAY	32	9	16	7	64	8	32	24
6	PIDIE	25	1	10	14	75	5	23	47
7	A BARAT	49	9	25	15	75	18	28	29
8	A BESAR	30	7	11	12	91	13	32	45
9	KOTA BANDA ACEH	45	16	19	10	69	8	38	23
10	A JAYA	33	3	15	15	42	9	17	16
11	A SELATAN	50	2	14	34	53	5	26	22
12	ABDIYA	39	4	17	18	30	1	6	23

#### 4.4.5.1.6. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator IE, DA dan DIS dilihat Dari Jantina dan Wilayah

Pertama , Hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator IE dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan baik kalangan remaja lelaki mahupun perempuan berada pada tahap sederhana dan tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.31 berikut.

Jadual 4.31. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator IE dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N 451	Skala klinikal Dimensi PTSD Indikator IE					
			Lelaki			Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	2	11	12	76	8	37
2	A UTARA	29	5	12	12	52	1	14
3	LHOKSEUMAWE	49	5	22	22	52	4	13
4	BIREUEN	45	7	10	28	55	2	24
5	PIJAY	32	9	15	8	64	6	30
6	PIDIE	25	2	8	15	75	2	26
7	A BARAT	49	10	19	20	75	10	33
8	A BESAR	30	9	12	9	91	10	34
9	KOTA BANDA ACEH	45	17	17	11	69	11	28
10	A JAYA	33	4	13	16	42	6	15
11	A SELATAN	50	6	18	26	53	1	20
12	ABDIYA	39	2	15	22	30	0	9

Kedua, hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator DA dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan baik kalangan remaja lelaki mahupun perempuan berada pada tahap tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.32.

Jadual 4.32. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator DA dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N 451	Skala klinikal Dimensi PTSD Indikator DA					
			Lelaki			Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	4	8	13	76	8	20
2	A UTARA	29	1	11	17	52	0	10
3	LHOKSEUMAWE	49	2	19	28	52	1	13
4	BIREUEN	45	3	15	27	55	1	12
5	PIJAY	32	3	11	18	64	1	22
6	PIDIE	25	3	6	16	75	4	21
7	A BARAT	49	7	17	25	75	10	24
8	A BESAR	30	4	13	13	91	5	19
9	KOTA BANDA ACEH	45	10	21	14	69	5	28
10	A JAYA	33	2	9	22	42	4	11
11	A SELATAN	50	1	15	34	53	1	14
12	ABDIYA	39	2	16	21	30	0	5



Ketiga, hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator DIS dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan kalangan remaja lelaki berada pada tahap tinggi. Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap sederhana dan tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.33.

Jadual 4.33. Kesan trauma Skala Klinikal Dimensi PTSD Indikator DIS dilihat Dari Jantina dan Wilayah

			Skala klinikal Dimensi PTSD Indikator DIS						
No	Wilayah	N	Lelaki			N	Perempuan		
			451	Rendah	Sederhana		Tinggi	734	Rendah
1	A TIMUR	25	0	7	18	76	15	34	27
2	A UTARA	29	1	9	19	52	1	13	38
3	LHOKSEUMAWE	49	4	10	35	52	5	21	26
4	BIREUEN	45	2	12	31	55	3	19	32
5	PIJAY	32	5	14	13	64	7	32	25
6	PIDIE	25	3	4	18	75	3	27	45
7	A BARAT	49	7	16	26	75	10	30	35
8	A BESAR	30	3	8	19	91	9	34	48
9	KOTA BANDA ACEH	45	2	21	22	69	18	30	21
10	A JAYA	33	1	10	22	42	9	19	14
11	A SELATAN	50	1	16	33	53	1	16	36
12	ABDIYA	39	1	9	29	30	0	8	22

#### 4.4.5.1.7. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB dilihat Dari Jantina dan Wilayah

**Pertama**, hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan kalangan remaja lelaki majoriti berada pada tahap sederhana dan tinggi. Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap rendah. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.34.

Jadual. 4.34. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dilihat Dari Jantina dan Wilayah

		Skala klinikal Dimensi Sexual Dysfunction Indikator SC							
Wilayah		N	Lelaki			N	Perempuan		
No		451	Rendah	Sederhana	Tinggi	734	Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	2	9	14	76	35	31	10
2	A UTARA	29	2	11	16	52	19	18	15
3	LHOKSEUMAWE	49	3	18	28	52	27	15	10
4	BIREUEN	45	2	11	32	55	20	14	21
5	PIJAY	32	3	16	13	64	33	29	2
6	PIDIE	25	3	8	14	75	39	21	15
7	A BARAT	49	6	24	19	75	45	20	10
8	A BESAR	30	6	12	12	91	48	27	16
9	KOTA BANDA ACEH	45	7	24	14	69	48	15	6
10	A JAYA	33	3	12	18	42	31	9	2
11	A SELATAN	50	1	17	32	53	18	21	14
12	ABDIYA	39	1	20	18	30	10	13	7

**Kedua,** hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi Sexual Dysfunction Indikator DSB dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan kalangan remaja lelaki majoriti berada pada tahap sederhana. Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap rendah. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.35.

Jadual 4.35. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator DSB dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	Skala klinikal Dimensi Sexual Dysfunction Indikator DSB							
		N	Lelaki			N	Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi		Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	8	10	7	76	50	22	4
2	A UTARA	29	11	14	4	52	21	24	7
3	LHOKSEUMAWE	49	16	16	17	52	28	20	4
4	BIREUEN	45	7	12	26	55	26	12	16
5	PIJAY	32	16	10	6	64	36	27	1
6	PIDIE	25	8	14	3	75	35	36	4
7	A BARAT	49	20	14	15	75	48	21	6
8	A BESAR	30	7	14	9	91	50	33	8
9	KOTA BANDA ACEH	45	23	15	7	69	53	15	1
10	A JAYA	33	8	20	5	42	33	9	0
11	A SELATAN	50	17	20	13	53	21	24	8
12	ABDIYA	39	7	20	12	30	6	19	5

#### 4.4.5.1.8. Tahap Trauma Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB dilihat Dari Wilayah

**Pertama,** hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan kalangan remaja lelaki majoriti berada pada tahap rendah dan sederhana. Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada tahap tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada Jadual 4.36 berikut.

Jadual. 4.36. Kesan Trauma Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	Skala klinikal Dimensi Self Dysfunction Indikator ISR							
		N	Lelaki			N	Perempuan		
			Rendah	Sederhana	Tinggi		Rendah	Sederhana	Tinggi
1	A TIMUR	25	11	10	4	76	7	31	38
2	A UTARA	29	10	15	4	52	1	8	43
3	LHOKSEUMAWE	49	19	18	12	52	0	14	37
4	BIREUEN	45	10	19	16	55	3	17	34
5	PIJAY	32	13	14	5	64	7	27	30
6	PIDIE	25	8	9	8	75	5	21	48
7	A BARAT	49	26	14	9	75	10	27	38
8	A BESAR	30	10	15	5	91	4	30	57
9	KOTA BANDA ACEH	45	26	12	7	69	10	31	27
10	A JAYA	33	12	14	7	42	6	20	16
11	A SELATAN	50	23	16	11	53	0	17	36
12	ABDIYA	39	10	19	10	30	0	8	22

**Kedua**, hasil ujian deskriptif kesan trauma pada skala klinikal dimensi *Self Dysfunction* Indikator TRB dilihat dari Wilayah maka dapat dinyatakan secara keseluruhan kalangan remaja lelaki majoriti berada pada tahap tinggi. Namun pada kalangan perempuan majoriti berada pada rendah dan sederhana. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat pada jadual 4.37 berikut.

Jadual. 4.37. Kesan Trauma Skala Klinik Dimensi *Self Dysfunction* Indikator TRB dilihat Dari Jantina dan Wilayah

No	Wilayah	N	Skala klinikal Dimensi Self Dysfunction Indikator TRB						
			Lelaki			N	Perempuan		
			451	Rendah	Sederhana	Tinggi	734	Rendah	Sederhana
1	A TIMUR	25	3	8	14	76	29	35	12
2	A UTARA	29	3	5	21	52	9	25	18
3	LHOKSEUMAWE	49	3	14	32	52	10	29	13
4	BIREUEN	45	2	17	26	55	10	23	22
5	PIJAY	32	6	11	15	64	14	45	5
6	PIDIE	25	2	8	15	75	18	38	19
7	A BARAT	49	5	22	22	75	28	34	13
8	A BESAR	30	7	5	18	91	29	42	20
9	KOTA BANDA ACEH	45	7	22	16	69	28	38	3
10	A JAYA	33	4	7	22	42	15	25	2
11	A SELATAN	50	0	9	41	53	8	31	14
12	ABDIYA	39	2	12	25	30	3	15	12

#### 4.4.5.1.9. Tahap Trauma Skala Klinik Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA, D dan AI dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma

**Pertama**, hasil ujian deskriptif Skala Klinik Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA, dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma kalangan remaja lelaki mangsa tsunami, konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut majoriti kesan trauma berada pada tahap sederhana. Namun pada kalangan remaja perempuan majoriti berada pada tahap tinggi.

**Kedua**, hasil ujian deskriptif indikator D majoriti untuk mangsa tsunami berada pada tahap tinggi untuk kalangan lelaki, namun untuk kalangan perempuan pula berada pada tahap sederhana untuk mangsa tsunami. Akan tetapi untuk mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut baik kalangan lelaki mahupun perempuan berada pada tahap tinggi.

**Ketiga**, hasil ujian deskriptif indikator AI majoriti untuk mangsa tsunami, konflik dan mangsa kedua peristiwa berada pada tahap sederhana untuk kalangan lelaki. Sementara itu untuk kalangan perempuan berada pada tahap sederhana hanya untuk mangsa tsunami, tetapi mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut berada pada tahap tinggi. Keputusan dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.38.

Jadual 4.38. Kesan Trauma Skala Klinik Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA, D dan AI dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma

Indikator	Sumber Trauma	Skala Klinik Dimensi <i>Dysphoric Mood</i> Indikator (AA, D dan AI)							
		Lelaki				Perempuan			
		N	Rendah	Sederhana	Tinggi	N	Rendah	Sederhana	Tinggi
		451				734			
AA	Tsunami	94	8	47	39	144	15	51	78
	Konflik	294	14	155	125	456	15	117	325
	Tsunami & Konflik	63	7	33	23	133	8	37	88
D	Tsunami	94	8	35	51	144	25	67	52
	Konflik	294	8	76	210	456	32	178	246
	Tsunami & Konflik	63	6	17	40	133	19	52	62
AI	Tsunami	94	25	44	25	144	26	66	52
	Konflik	294	32	117	145	456	54	162	240
	Tsunami & Konflik	63	10	26	27	133	22	49	61

#### 4.4.5.1.10. Tahap Trauma Skala Klinik Dimensi PTSD Indikator IE, DA, DIS dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma

**Pertama**, hasil ujian deskriptif Skala Klinik Dimensi *Post traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada indikator IE pada kalangan lelaki mangsa tsunami kesan trauma berada pada tahap sederhana. Sementara itu untuk mangsa konflik berada pada tahap tinggi dan untuk mangsa kedua peristiwa tersebut berada pada tahap sederhana dan tinggi dengan nilai kekerapannya sama – sama 25 orang. Akan tetapi untuk kalangan remaja perempuan berada pada tahap tinggi untuk mangsa tsunami, konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut. **Kedua**, hasil ujian deskriptif indikator DA baik kalangan remaja

lelaki mahupun kalangan remaja perempuan berada pada tahap tinggi pada mangsa ketiga sumber trauma, yaitu tsunami, konflik dan tsunami dan konflik. **Ketiga**, hasil ujian deskriptif indikator DIS untuk kalangan lelaki berada pada tahap tinggi untuk semua sumber trauma, akan tetapi untuk kalangan remaja perempuan mangsa tsunami berada pada tahap sederhana dan tahap tinggi pada mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam jadual 4.39.

Jadual. 4.39. Kesan Trauma Skala Klinik Dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS Dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma

Indikator	Sumber Trauma	Skala Klinik dimensi PTSD Indikator ( IE, DA dan DIS)							
		Lelaki				Perempuan			
		N 451	Rendah	Sederhana	Tinggi	N 734	Rendah	Sederhana	Tinggi
IE	Tsunami	94	27	36	31	144	21	61	62
	Konflik	294	38	111	145	456	24	173	258
	Tsunami & Konflik	63	13	25	25	133	16	49	68
DA	Tsunami	94	17	38	39	144	15	52	77
	Konflik	294	19	101	174	456	16	117	324
	Tsunami & Konflik	63	6	22	35	133	9	30	94
DIS	Tsunami	94	9	37	48	144	28	60	56
	Konflik	294	17	81	196	456	35	170	251
	Tsunami & Konflik	63	4	18	41	133	18	53	62

#### 4.4.5.1.11. Tahap Trauma Skala Klinik Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma

**Pertama**, hasil ujian deskriptif skala klinik dimensi *Sexual Dysfunction* indikator SC untuk kalangan remaja lelaki mangsa tsunami kesan berada pada tahap sederhana, dan tahap tinggi untuk mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut. Akan tetapi bila dilihat dalam kalangan perempuan maka dapat dinyatakan majoriti berada pada tahap rendah pada semua sumber trauma.

**Kedua**, hasil ujian deskriptif indikator DSB dapat dikatakan majoriti berada pada tahap sederhana pada mangsa tsunami, dan berada pada tahap tinggi untuk mangsa

konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut pada kalangan remaja lelaki. Manakala dilihat dalam kalangan perempuan majoriti berada pada tahap rendah pada semua sumber trauma. Keputusan dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.40.

Jadual. 4.40. Kesan Trauma Skala Klinik Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan dsb Dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma.

Indikator	Sumber Trauma	Skala Klinik dimensi Sexual Dysfunction Indikator (SC dan DSB)							
		Lelaki				Perempuan			
		N	Rendah	Sederhana	Tinggi	N	Rendah	Sederhana	Tinggi
		451				734			
SC	Tsunami	94	13	48	33	144	93	35	16
	Konflik	294	17	110	167	456	201	162	94
	Tsunami & Konflik	63	9	24	30	133	79	36	18
DSB	Tsunami	94	43	29	22	144	101	36	7
	Konflik	294	90	116	88	456	223	184	49
	Tsunami & Konflik	63	15	34	14	133	83	42	8

#### 4.4.5.1.12. Tahap Trauma Skala Klinik Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB dilihat Dari Jantina dan Sumber Trauma.

**Pertama**, hasil ujian deskriptif skala klinik dimensi *self dysfunction* indicator ISR untuk kalangan remaja lelaki berada tahap rendah untuk mangsa tsunami, dan berada pada tahap sederhana untuk mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut. Manakala dilihat dari kalangan perempuan, maka dapat dinyatakan majoriti berada pada tahap tinggi untuk semua sumber trauma.

**Kedua**, hasil ujian deskriptif indicator TRB untuk kalangan remaja lelaki majoriti berada tahap sederhana untuk mangsa tsunami, dan pada tahap tinggi untuk mangsa konflik dan mangsa kedua peristiwa tersebut. Manakala dilihat dalam kalangan perempuan pula majoriti berada pada tahap sederhana untuk semua sumber trauma. Keputusan dan maklumat lengkap dapat dilihat dalam Jadual 4.41 berikut.



Jadual. 4.41. Kesan Trauma Skala Klinikal Pada Dimensi Self Dysfunction indicator ISR dan TRB Dilihat dari Jantina dan Sumber Trauma.

Indikator	Sumber Trauma	Skala Klinikal Dimensi Self Dysfunction Indikator (ISR dan TRB)							
		Lelaki				Perempuan			
		N	Rendah	Sederhana	Tinggi	N	Rendah	Sederhana	Tinggi
		451				734			
ISR	Tsunami	94	52	26	16	144	20	58	65
	Konflik	294	104	120	70	456	23	143	288
	Tsunami & Konflik	63	22	29	12	133	10	50	73
TRB	Tsunami	94	12	44	38	144	56	72	16
	Konflik	294	21	84	189	456	101	241	115
	Tsunami & Konflik	63	11	12	40	133	44	67	22

#### 4.4.5.2. Keputusan Hasil Ujian Inferensi.

Hasil keputusan inferensi dalam kajian ini merangkumi keputusan hasil ujian rumusan hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan tahap trauma dilihat wilayah, sumber trauma, dan jantina.

##### 4.4.5.2.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Dysphoric Mood* Indikaator AA,D dan AI, di lihat Berdasarkan Wilayah.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood indicator* AA, D dan AI adalah ditolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima kerana dapatan menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan dengan dapatan AA nilai

[ $F(7.795)$ ; D  $F(7.281)$ ; AI  $F(6.753)$ ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.42.

Jadual .4.42 Perbezaan Tahap Trauma Pada Indikator Dimensi *Dysphoric Mood*  
Indikator AA,D.dan AI, Berdasarkan Wilayah

		<i>Dysphoric Mood</i>				
Indikator		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
AA	Between Groups	1914.253	11	174.023	7.795	.000
	Within Groups	26186.476	1173	22.324		
D	Between Groups	1831.850	11	166.532	7.281	.000
	Within Groups	26828.677	1173	22.872		
AI	Between Groups	1724.280	11	156.753	6.753	.000
	Within Groups	27228.263	1173	23.213		

AA = *Anxious Arousal*. D = *Depression*. AI = *Anger Irritability*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan wilayah dengan wilayah lainnya berdasarkan pada respon indikator dimensi *dyphoric mood* mean AA, D dan AI pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian ini menunjukkan bahawa Kota Banda Aceh, Aceh Selatan, dan Pidie Jaya memperlihatkan perbezaan yang kentara ke atas indikator AA,D dan AI. Keputusan kajian detail lihat Jadual 4.43 berikut.

Jadual 4.43. Hasil Ujian *Post hoc* Perbezaan wilayah ke atas Dimensi *Dysphoric Mood* pada Indikataor AA, D dan AI.

	<i>Dysphoric Mood : AA, D, AI</i>												
Wilayah	MEAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A Timur	2.70664												*
A UTARA	-2.70664					*				**			
LHOKSEUMAWE	-2.13861									*			
BIREUEN	-.99812									*			
PIJAY	-.14645		*									**	*
PIDIE	-1.64812									*			
A BARAT	-.84134											*	
A BESAR	-.47738											*	
KOTA BANDA ACEH	1.32943		**	*	*		*					**	**
A JAYA	-1.01479												
A SELATAN	-3.32404	**				**		*		**		*	
Abdya	-2.40551					*				*			

\*AA = *Anxious Arousal*. \*D= *Depression*. \*AI = *Anger Irritability*

#### 4.4.5.2.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Pada Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator IE, DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Wilayah.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi PTSD pada indikator IE, DA dan DIS dilihat dari wilayah adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara wilayah dengan nilai respon indikator [IE nilai  $F(4.307)$ ; DA  $F(3.326)$ ; DIS  $F(10.167)$ ]= 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.44 berikut.

Jadual. 4.44. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal PTSD Indikator IE. DA. DIS Berdasarkan Wilayah

		<i>Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)</i>				
Indikator		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
IE	Between Groups	894.655	11	81.332		
	Within Groups	22149.078	1173	18.882	4.307	.000
DA	Between Groups	853.392	11	77.581		
	Within Groups	27364.123	1173	23.328	3.326	.000
DIS	Between Groups	2133.317	11	193.938		
	Within Groups	22355.378	1172	19.075	10.167	.000

IE= *Intrusive Experience*. DA = *Defensive Avoidance*. DIS = *Dissociation*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan wilayah dengan wilayah lainnya berdasarkan pada respon indikator dimensi *Post Traumatic Stress Dirsorder (PTSD)* mean tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian mean IE berbeza kentara dengan Aceh Jaya dan Kota Banda Aceh, sementara itu mean DIS lebih kentara perbezaannya adalah Aceh Selatan. Kota Banda Aceh. Bireun dan Pidie Jaya. Manakala indikator DA tiada ada perbezaan yang signifikan. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.45 berikut.

Jadual 4.45. Hasil Ujian *Post Hoc* perbezaan trauma pada dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS Berdasarkan Wilayah

Wilayah		PTSD : IE. DA. DIS												
		MEAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A Timur		2.70664												*
A UTARA		-2.70664										**		
LHOKSEUMAWE		-2.13861										*		
BIREUEN		-.99812					*					*		
PIJAY		-.14645				*								*
PIDIE		-1.64812										**		
A BARAT		-.84134											*	
A BESAR		-.47738											*	
KOTA BANDA	ACEH	1.32943		**	*	*		**					*	*
A JAYA		-1.01479											*	
A SELATAN		-3.32404	*				*		*	*	*	*		
Abdya		-2.40551									*			

\*IE = *Intrusive Experience*. DA = *Defensive Avoidance*. \*DIS = *Dissociation*

#### 4.4.5.2.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator (SC dan DSB) Di Lihat Berdasarkan Wilayah.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.9) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB dilihat dari wilayah adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.9) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara wilayah dengan nilai respon indikator [SC nilai  $F(8.377)$ ; DSB  $F(7.744)$ ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < 0.05$ .

Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.46.

Jadual 4.46. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB Berdasarkan Wilayah

Indikator		<i>Sexual Dysfunction</i>				
		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
SC	Between Groups	1578.096	11	143.463	8.377	.000
	Within Groups	20087.637	1173	17.125		
DSB	Between Groups	1065.892	11	96.899	7.744	.000
	Within Groups	14651.891	1171	12.512		

SC= *Sexual Concerns* DSB = *Dysfunction Sexual Behavior*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan wilayah dengan wilayah lainnya berdasarkan pada respon indikator dimensi *Sexual Dysfunction* mean IE, DA dan DIS pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian menunjukkan bahawa perbezaan yang paling kentara terlihat pada indikator SC dan DSB adalah wilayah Bireun dan Abdya . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.47.

Jadual 4.47. Hasil Ujian *Post Hoc* perbezaan Trauma pada dimensi *Sexual Dysfunction* indikator SC dan DSB

Wilayah	Sexual Dysfunction : SC dan DSB												
	MEAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A Timur	2.70664				**								*
A UTARA	-1.09424												
LHOKSEUMAWE	-.96040												
BIREUEN	-2.95832	**				**	*	**	**	**	**		
PIJAY	.76918				**								*
PIDIE	.05168				*								
A BARAT	.04136				**								*
A BESAR	-.21790				**								
KOTA BANDA ACEH	1.16502				**								**
A JAYA	.63168				**								
A SELATAN	-1.10036												
Abdya	-2.29875	*				*		*		**			

\*SC = *Sexual Concenrns* \*DSB = *Dysfunction Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.4. Hasil Ujian (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB Di Lihat Berdasarkan Wilayah.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB dilihat dari wilayah adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara wilayah dengan nilai respon indikator [ISR  $F(7.307)$ ; TRB  $F(5.168)$  ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.48 berikut.

Jadual 4.48. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* Pada Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Wilayah

Indikator		<i>Self Dysfunction</i>				
		SS	DF	MS	F	Sig
ISR	Between Groups	1727.309	11	157.028	7.307	.000
	Within Groups	25186.785	1172	21.490		
TRB	Between Groups	1269.944	11	115.449	5.168	.000
	Within Groups	26204.372	1173	22.340		

ISR = *Impaired Self Reference*. TRB = *Tension Reduction Behavior*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan wilayah dengan wilayah lainnya berdasarkan pada respon indikator dimensi *Self Dysfunction* mean ISR dan TRB pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %, keputusan kajian menunjukkan bahawa perbezaan yang paling kentara terlihat pada wilayah Aceh Utara dan Kota Banda Aceh dalam indikator SC, sementara pada indikator DSB yang paling kentara terlihat adalah wilayah Kota Banda Aceh. Untuk detail lihat Jadual 4.49.

Jadul 4.49. Hasil Ujian *Post Hoc* perbezaan Trauma dimensi *Self Dysfunction* indikator ISR an TRB.

Wilayah	<i>Self Dysfunction : SC Dan DSB</i>												
	MEAN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A Timur	2.70664												
A UTARA	-2.96834					*		*		*			
LHOKSEUMAWE	-2.44554									**			
BIREUEN	-1.36822									*			
PIJAY	.32178		*										
PIDIE	-2.10751												
A BARAT	.20081		*										
A BESAR	-.93028												
KOTA BANDA ACEH	3.08576		*	**	*							*	
A JAYA	-.21822												
A SELATAN	-2.43065									*			
Abdya	-1.85938												

\*ISR = *Impaired Self Reference*. \*TRB = *Tension Reduction Behavior*

#### 4.4.5.2.5. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA,D dan AI Di Lihat Berdasarkan Sumber Trauma.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA, D dan AI dilihat dari sumber trauma adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara sumber trauma indicator [AA nilai  $F(13.869)$ ; D nilai  $F(16.438)$ ; AI nilai  $F(13.869)$  ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.50

Jadual 4.50. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA, D dan AI, Berdasarkan Sumber Trauma

		<i>Dysphoric Mood</i>				
Indikator		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
AA	Between Groups	644.304	2	322.152		
	Within Groups	27456.425	1182	23.229	13.869	.000
D	Between Groups	775.576	2	387.788		
	Within Groups	27884.951	1182	23.591	16.438	.000
AI	Between Groups	496.048	2	248.024		
	Within Groups	28456.496	1182	24.075	13.869	.000

AA = *Anxious Arousal*. D = *Depression*. AI= *Anger Irritability*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan sumber trauma berdasarkan pada respon indikator dimensi *dyphoric mood* mean AA. D dan AI pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian kajian menunjukkan bahawa mean AA. D dan INC berbeza sangat kentara pada sumber konflik. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.51 berikut.



Jadual 4.51. Hasil Ujian *Post Hoc* Perbezaan Trauma Skala Klinik *Dysphoric mood* Indikator AA, D dan AI.

Sumber Trauma		<i>Dysphoric Mood</i> :AA,D dan AI			
		Mean	1	2	3
1	Tsunami	-1.82597		***	
2	Konflik	-1.99365	***		*
3	Tsunami Konflik	-.88145		*	

\*AA = *Anxious Arousal*. \*D= *Depression*. \*AI = *Anger Irritability*

#### 4.4.5. 2.6.. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Sumber Trauma.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.9) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS dilihat dari sumber trauma adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.9) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara sumber trauma indicator [IE nilai  $F(10.302)$ ; DA nilai  $F(9.755)$ ; DIS nilai  $F(19.448)$  ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.52

Jadual 4.52. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinik PTSD Indikator IE, DA dan DIS, Berdasarkan Sumber Trauma.

Indikator		<i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD)				
		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
IE	Between Groups	485.055	2	242.527	10.302	.000
	Within Groups	22558.678	1182	19.085		
DA	Between Groups	458.192	2	229.096	9.755	.000
	Within Groups	27759.324	1182	23.485		
DIS	Between Groups	780.802	2	390.401	19.448	.000
	Within Groups	23707.893	1181	20.074		

IE = *Intrusive Experiences* . DA = *Defensive Avoidance*. DIS = *Dissociation*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan sumber trauma berdasarkan pada respon indikator dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) mean IE, DA dan DIS pada

tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian menunjukkan. Mean IE. DA dan DIS sangat kentara pada sumber konflik. Untuk lebih detail lihat jadual 4.53

Jadual 4.53. Hasil Ujian *Post Hoc* Perbezaan Trauma Pada Dimensi PTSD Indikator IE.DA dan DIS

Sumber Trauma	PTSD : IE. DA dan DIS			
	Mean	1	2	3
1 Tsunami	-1.07803		***	**
2 Konflik	-1.63113	***		*
3 Tsunami Konflik	.55310	**	*	

\*IE = *Intrusive Experiences* . \*DA= *Defensive Avoidance*. \*DIS= *Dissociation*

#### 4.4.5.2.7. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB Di Lihat Berdasarkan Sumber Trauma.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC, DSB dilihat dari sumber trauma adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara sumber trauma indicator [SC nilai  $F(9.755)$ ; DSB nilai  $F(19.448)$ ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < .05$ .

Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.54

Jadual 4.54. Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Pada Indikator SC dan DSB, Berdasarkan Sumber Trauma

Indikator		<i>Sexual Dysfunction</i>			<i>F</i>	Sig
		SS	DF	MS		
SC	Between Groups	463.609	2	231.805		
	Within Groups	21202.124	1182	17.937	9.755	.000
DSB	Between Groups	337.623	2	168.812		
	Within Groups	15380.160	1180	13.034	19.448	.000

SC = *Sexual Concerns* . DSB = *Dysfunctional Sexual Behavior*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan sumber trauma berdasarkan pada indikator dimensi *sexual dysfunction* mean SC dan DSB pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian menunjukkan bahawa mean SC dan DSB paling kentara adalah pada sumber konflik. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.55.

Jadual 4.55. Hasil Ujian *Post hoc* atas perbezaan tahap trauma pada dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB.

Sumber Trauma		<i>Sexual Dysfunction: SC dan DSB</i>			
		Mean	1	2	3
1	Tsunami	.47239		**	
2	Konflik	-1.47759	**		*
3	Tsunami Konflik	1.00520	*		

\*SC = *Sexual Concerns* . \*\*DSB = *Dysfunctional Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.8. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB Di Lihat Berdasarkan Sumber Trauma.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB dilihat dari sumber trauma adalah di tolak, dengan demikian hipotesis (Ha.10) yang diterima, kerana terdapat perbezaan yang signifikan di antara sumber trauma indicator [ISR nilai  $F(16.892)$ ; TRB nilai  $F(12.76)$ ] = 0.000, dapatan ini beerti  $p < 0.05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.56

Jadual 4.56. Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Sumber Trauma.

Indikator		<i>Self Dysfunction</i>				
		SS	DF	MS	F	Sig
ISR	Between Groups	748.510	2	374.255	16.892	.000
	Within Groups	26165.584	1181	22.155		
TRB	Between Groups	580.948	2	290.474	12.767	.000
	Within Groups	26893.368	1182	22.752		

ISR= *Impaired Self Reference*. TRB= *Tension Reduction Behavior*

Untuk mengetahui lebih mendalam dilakukan ujian *Post Hoc Multiple Comparisons Scheffe* menunjukkan perbezaan sumber trauma berdasarkan pada respon indikator dimensi *self dysfunction* mean IRS dan DSB pada tahap yang paling tinggi pada aras signifikan 95 %. Keputusan kajian menunjukkan bahawa perbezaan yang sangat kentara adalah pada sumber konflik. Untuk lebih detail lihat jadual 4.57.

Jadual 4.57 Hasil Ujian *Post Hoc* Perbezaan Trauma Pada Dimensi *Self Dysfunction* Indikator IRS dan TRB.

Sumber Trauma		Self Dysfunction : IRS dan DSB		
		Mean	1	2
1	Tsunami	1.07623		**
2	Konflik	-1.99264	**	*
3	Tsunami dan Konflik	.91641	*	

\*ISR = *Impaired Self Reference*. \*TRB = *Tension Reduction Behavior*

#### 4.4.5.2.9. Keputusan Hasil Ujian (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Dysphoric mood* Indikator AA, D dan AI Di Lihat Berdasarkan Jantina.

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *Dysphoric mood* Indikator AA.D dan AI dilihat dari jantina adalah di terima pada indikator AA dan AI, kerana dapatan menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan dengan nilai respon [AA nilai  $F(0.413) = .520$  ; AI nilai  $F(2.51) = .113$ ] nilai ini beerti  $p > 0.05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.58

Jadual 4.58. Hasil Ujian t-test Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Pada Indikator AA.D. dan AI, Berdasarkan Jantina.

Indikator		<i>Dysphoric Mood</i>			<i>F</i>	Sig
		SS	DF	MS		
AA	Between Groups	9.843	1	9.843		
	Within Groups	28451.979	1195	23.809	.413	.520
D	Between Groups	268.701	1	268.701	11.132	.001
	Within Groups	28843.296	1195	24.137		
AI	Between Groups	62.970	1	62.970	2.516	.113
	Within Groups	29912.556	1195	25.031		

$p < .05$ . AA = *Anxious Arousal*. D = *Depression*. AI= *Anger Irritability*

**4.4.5.2.10. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Indikator IE, DA dan DIS Di Lihat Berdasarkan Jantina.**

Keputusan hasil ujian *t-test* pada hipotesis nol (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS dilihat dari jantina adalah di terima pada indicator IE dan DIS kerana dapatan menunjukkan [IE nilai  $F(.012) = .913$  ; DIS nilai  $F(.012) = .918$ ] nilai ini beerti  $p > .05$ , dengan demikian (Ha.10) yang di tolak. Akan tetapi pada indicator DA (Ho.10) di tolak dan hipotesis alternatif (Ha.10) yang diterima kerana dapatan menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan dengan nilai respon DA nilai  $F(7.674) = 0.006$ , nilai ini beerti  $p < 0.05$ . Keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat Jadual 4.59.

Jadual 4.59. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal PTSD Indikator IE.DA dan DIS, Berdasarkan Jantina.

Indikator		<i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD)				
		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
IE	Between Groups	.232	1	.232		
	Within Groups	23234.069	1195	19.443	.012	.913
DA	Between Groups	180.705	1	180.705	7.674	.006
	Within Groups	28139.036	1195	23.547		
DIS	Between Groups	20.436	1	20.436	.016	.918
	Within Groups	24833.480	1194	20.799		

$p < .05$ . IE = *Intrusive Experience*. DA= *Defensive Avoidance*. IS = *Dissociation*

**4.4.5.2.11. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator (SC dan DSB) Di Lihat Berdasarkan Jantina.**

Keputusan ujian *t-test* pada hipotesis nol (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *sexual dysfunction* indicator SC adalah ditolak, dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.10) di terima kerana dapatan menunjukkan terdapat perbezaan signifikan dengan nilai  $F (7.674) = 0.006$ , nilai ini bererti  $p < 0.05$ . Sedangkan pada indicator DSB hipotesis (Ho.9) yang diterima kerana

tiada perbezaan yang signifikan, dengan dapatan nilai  $F(.983) = .322$ , nilai ini menunjukkan  $p > .05$ . keputusan kajian dan maklumat lengkap lihat jadual 4.60.

Jadual 4.60. Perbezaan Trauma Pada Skala Klinikal *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB Berdasarkan Jantina

		<i>Sexual Dysfunction</i>				
Indikator		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
SC	Between Groups	670.211	1	670.211	7.674	.006
	Within Groups	21211.911	1195	17.751		
DSB	Between Groups	692.224	1	692.224	.983	.322
	Within Groups	15163.369	1193	12.710		

SC= *Sexual Concerns* . DSB= *Dysfunctional Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.12. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) Perbezaan Tahap Trauma Pada Dimensi *Self Dysfunction* Indikator (ISR dan TRB) Di Lihat Berdasarkan Jantina.

Keputusan kajian dari ujian *t-test* menunjukkan (Ho.10) yang meramalkan tiada terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada skala klinikal dimensi *self dysfunction* indikator ISR adalah diterima, kerana dapatan menunjukkan  $F(1.258) = .262$ , nilai ini beerti  $p > 0.05$ . Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.10) yang ditolak. Sedangkan pada indikator TRB hipotesis (Ho.10) adalah ditolak, dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.10) yang diterima kerana dapat menunjukkan TRB nilai  $F(14.342) = 0.000$ , nilai ini beerti  $p < 0.05$ . Keputusan dan maklumat lengkap lihat jadual 4.61.

Jadual 4.61. Perbezaan Tahap Trauma Pada Skala Klinikal *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB Berdasarkan Jantina

		<i>Self Dysfunction</i>				
Indikator		SS	DF	MS	<i>F</i>	Sig
ISR	Between Groups	28.713	1	28.713	1.258	.262
	Within Groups	27247.724	1194	22.821		
TRB	Between Groups	329.244	1	329.244	14.342	.000
	Within Groups	27432.457	1195	22.956		

ISR= *Inpaired Self Reference*. TRB = *Tension Reduction Behavior*

**4.4.5.2.13. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber trauma dan Jantina dengan Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator (AA, D dan AI) Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.**

Hasil ujian korelasi (Ho.11 dan Ha.11) keatas dimensi *Dysphoric Mood* pada indikator AA dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah maka dapat dikatakan (Ho.11) adalah diterima pada indikator AA, D dan AI kerana dapatan kajian. wilayah tiada berkorelasi dengan dengan indikator *dysphoric Mood*. Dan (Ha.11) diterima pada indikator AA dan D kerana terdapat sedikit hubungan . begitu pula pada indikator D pada jantina (Ha.11) adalah diterima kerana terdapat hubungan yang signifikan pada indikator D kerana dapatan  $r = .96$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.62 di bawah.

Jadual 4.62. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* indikator AA, D, AI.

Skala	Indikator TSI	Wilayah	Sumber Trauma	Jantina
Korelasi Parson		r	R	R
Klinikal Dysphoric	AA		.65*	
Mood	D		.68*	.96**
	AI			

AA= *Axious Arousal*. D= *Depression*. AI= *Anger Irritability*

**4.4.5.2.14. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Dimensi PTSD Indikator IE,DA, DIS, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.**

Hasil ujian hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) keatas dimensi PTSD indikator IE, DA dan DIS menunjukkan bahawa wilayah tiada berkorelasi, begitu juga dengan IE dan DIS juga tiada berkorelasi dengan Jantina, dengan demikian maka (Ha.11) adalah di terima kerana dapatan menunjukkan bahawa sumber trauma berkorelasi secara signifikan dengan indikator IE, DA dan DIS pada dimensi PTSD. Untuk detailnya lihat Jadual 4.63 berikut.

Jadual 4.63. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinik Dimensi PTSD Indikator IE, DA dan DIS.

Skala	Indikator TSI	Wilayah	Sumber Trauma	Jantina
Korelasi Parson		<i>r</i>	<i>r</i>	R
Klinik	IE		.83 <sup>**</sup>	
PTSD	DA		.82 <sup>**</sup>	.80 <sup>**</sup>
	DIS		.66 <sup>*</sup>	

IE= *Intrusive Experience*. DA= *Defensive Avoidance*. DIS= *Dissociation*.

#### 4.4.5.2.15. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Skala Klinik Dimensi *Sexual Dysfunction* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.

Hasil ujian hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) ke atas dimensi *sexual dysfunction* indikator SC dan DSB menunjukkan (Ho.11) adalah diterima pada indikator SC dan DSB kerana wilayah dan sumber trauma tiada berkorelasi. dan (Ha.11) di terima kerana dapatan kajian menunjukkan Jantina berkorelasi sangat signifikan pada dimensi *sexual Dysfunction* pada indikator SC dan DSB. Untuk detail lihat Jadual 4.64 di bawah.

Jadual 4.64. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinik Dimensi *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB.

Skala	Indikator TSI	Wilayah	Sumber Trauma	Jantina
Korelasi Parson		R	R	R
Klinik	SC			.98 <sup>**</sup>
Sexual Dysfunction	DSB			.97 <sup>**</sup>

SC= *Sexual Concern*. DSB= *Dysfunctional Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.16. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Skala Klinik Dimensi *Self Dysfunctional* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.

Hasil ujian hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) keatas dimensi self dysfunctional indikator ISR dan TRB ke atas remaja pelajar Sekolah Menengah adalah (Ho.11) di terima kerana tiada terdapat korelasi pada indikator ISR dan TRB dengan wilayah. Dan (Ha.11) di



terima pada indikator ISR pada sumber trauma dan TRB untuk Jantina. Untuk detailnya lihat jadual 4.65 di bawah.

Jadual 4.65. Ujian Korelasi Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina dengan Skala Klinikal *Self Dysfunction* Indikator ISR dan TRB.

Skala	Indikator TSI	Wilayah	Sumber Trauma	Jantina
Korelasi Parson		<i>r</i>	<i>r</i>	<i>R</i>
Klinikal	ISR		.80**	
Self Dysfunction	TRB			.109**

ISR = *Impaired Self Reference*. TRB = *Tension Reduction Behavior*

#### 4.4.5.2.17. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah. Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Dysphoric Mood* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

keputusan kajian regresi menunjukkan sumbangan wilayah ke atas indikator dimensi *Dysphoric Mood*. maka hipotesis (Ha.12) ditolak kerana keputusan kajian menunjukkan nilai semua indikator  $p > .05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.66 di bawah ini.

Jadual 4.66. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Indikator AA.D dan AI

Peramal	Indikator	<i>Dysphoric Mood</i>			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Wilayah	AA	17.602	0.741	0.025	.389
	D	20.725	0.856	0.027	.355
	AI	3.316	0.136	0.011	.713

AA = *Anxious Arousal*. D = *Depression*. AI= *Anger Irritability*.

#### 4.4.5.2.18.Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* PTSD Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

Berdasarkan hasil keputusan kajian regresi menunjukkan sumbangan wilayah ke atas respon indikator dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), maka hipotesis (Ha.12) ditolak, keputusan kajian menunjukkan wilayah tiada menyumbang ke atas

semua indikator PTSD, kerana dapatan nilai  $p > .05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.67.

Jadual 4.67. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi PTSD pada Indikator IE.DA dan DIS

Peramal	Indikator	PTSD			
		SS	F	R	Sig
Wilayah	IE	1.624	0.083	0.008	.773
	DA	29.942	1.257	0.033	.263
	DIS	9.565	0.462	0.020	.497

IE = *Intrusive Experience*. DA= *Defensive Avoidance*. DIS= *Dissociation*

#### 4.4.5.2.19. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah. Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

Berdasarkan hasil keputusan kajian regresi menunjukkan bahawa (Ho.12) ke atas indikator dimensi *Sexual Dysfunction* adalah (Ho.12) diterima, dengan demikian (Ha.12) ditolak. keputusan kajian menunjukkan wilayah tiada menyumbang ke atas dua indikator *Sexual Dysfunction*, kerana dapatan nilai  $p > .05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.68 di bawah ini.

Jadual 4.68. Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal *Sexual Dysfunction* Indikator SC dan DSB.

Peramal	Indikator	<i>Sexual Concerns</i>			
		SS	F	R	Sig
Wilayah	SC	12.824	0.701	0.024	.403
	DSB	0.025	0.755	0.025	.385

SC= *Sexual Concerns*. DSB = *Dysfunction Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.20. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Wilayah, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Self Dysfunction* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

Berdasarkan hasil keputusan kajian regresi menunjukkan sumbangan wilayah ke atas respon indikator dimensi *Self Dysfunction*, maka hipotesis (Ho.12) adalah diterima dan

(Ha.12) ditolak, keputusan kajian menunjukkan wilayah tiada menyumbang ke atas semua indikator *Sexual Dysfunction* ISR dan TRB kerana dapatan nilai  $p > .05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.69.

Jadual. 4.69. Hasil Ujian Regresi Wilayah Keatas Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* Indakator ISR dan TRB

Peramal	Idikator	Self Dysfunction			
		SS	F	R	Sig
Wilayah	ISR	12.556	0.552	0.022	.458
Wilayah	DSB	11.845	0.510	0.021	.475

ISR = *Inpaired Self Reference*. TRB= *Tension Reduction Behavior*

#### 4.4.5.2.21. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber Trauma. Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Dysphoric Mood*. Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Dysphoric Mood* pada indikator AA, D dan AI maka boleh dikatakan (Ho.12) diterima pada indikator AI dan di tolak pada AA dan D. (Ha.12) diterima pada indikator AA kerana dapatan nilai  $F = 5.059$  nilai  $R$  0.065 (6.5%) dengan tingkat sig .025 < 0.05, dan indikator D nilai  $F = 5.534$  dengan nilai  $R$  .068 (6.8%) dengan tingkat sig .019 < 0.05. (Ha.5) ditolak pada indikator AI kerana dapatan nilai  $F = 3.394$  dengan  $R$  .0053 (5.3%) dengan signifikan 0.066 > 0.05. Untuk lebih jelas lihat Jadual 4.70 di bawah ini.

Jadual 4.70. Hasil Ujian Regresi Sumber Trauma Ke atas Skala Klinikal Dimensi *Dysphoric Mood* Pada Indikator AA. D dan AI.

Peramal	Indikator	<i>Dysphoric Mood</i>			
		SS	F	R	Sig
Sumber Trauma	AA	119.655	5.059	0.065	.025
	D	133.440	5.534	0.068	.019
	AI	82.824	3.394	0.053	.066

AA= *Anxious Arousal*. D= *Depression*. AI= *Anger Irritability*

**4.4.5.2.22. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber Trauma. Ke atas Skala Klinik TSI Pada Dimensi PTSD, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.**

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada indikator IE, DA dan DIS hipotesis (Ho.12) diterima pada indikator DIS kerana dapatan nilai  $F = 0.983$  dan nilai  $R .0029$  dengan signifikansinya  $.322 > 0.05$ . dan ditolak pada IE dan DA. (Ha.12) di terima pada indikator IE nilai  $F = 8.217$  dan nilai  $R 0.083$  (8.3%) dengan signifikansinya  $0.004$ . dan DA dapatan nilai  $F = 7.980$  dan nilai  $R 0.082$  (8.2%) dengan sigifikansinya  $0.05 = 0.05$ . Artinya sumber trauma memberi sumbangan ke atas trauma pada PTSD 8.3 % pada indikator IE dan 8.2% untuk DA. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.71.

Jadual 4.71. Hasil Ujian Regresi Sumbangan Sumber Trauma Ke atas Skala Klinik dimensi PTSD Indikator IE . DA dan DIS

Peramal	Indikator	PTSD			
		SS	$F$	$R$	Sig
Sumber Trauma	IE	158.953	8.217	0.083	.004
	DA	189.058	7.980	0.082	.050
	DIS	20.435	0.983	0.029	.322

IE =*Intrusive Experience*. DA= *Defensive Avoidance*. DIS = *Dissociation*

**4.4.5.2.23 Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber Trauma. Ke atas Skala Klinik TSI Pada Dimensi Sexual Dysfunction Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.**

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Sexual Dysfunction* pada indikator SC dan DSB boleh dikatakan hipotesis (Ho.12) diterima pada dua indikator SC dan DSB. dengan demikian (Ha.12) adalah di tolak kerana dapatan nilai  $F > 0.05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.72 berikut.

Jadual. 4.72. Hasil Ujian Regresi Ke atas Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* pada Indikator SC dan DSB

Peramal	Indikator	<i>Sexual Dysfunction</i>			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Sumber Trauma	SC	42.263	2.312	0.044	.129
Sumber Trauma	DSB	37.546	2.828	0.049	.093

SC = *Sexual Concerns*. DSB = *Dysfunction Sexual Behavior*

#### 4.4.5.2.24. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Sumber Trauma, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Self Dysfunction*, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Self Dysfunction* pada indikator ISR dan TRB hipotesis (Ho.12) diterima pada indikator TRB kerana dapatan nilai  $F = 1.794$  dan nilai  $R 0.039$  dengan signifikansinya  $0.181 > 0.05$ . (Ha.12) di terima pada indikator ISR nilai  $F = 7.529$  dan nilai  $R 0.080$  (98.0%) dan ditolak pada indikator. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.73 di bawah ini.

Jadual 4.73. Hasil Ujian Regresi Ke atas Skala Klinikal Dimensi *Self Dysfunction* pada Indikator ISR dan TRB.

Peramal	Indikator	<i>Self Dysfunction</i>			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Sumber Trauma	ISR	170.350	7.529	0.080	.006
	TRB	41.611	1.794	0.039	.181

ISR= *Inpaired Self Reference*. TRB = *Tension Reduction Behavior*

#### 4.4.5.2.25 Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Keatas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Dysphoric Mood*, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah.

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan jantina ke atas dimensi *Dysphoric Mood* pada indikator AA .D dan AI. maka boleh dikatakan hipotesis (Ho.12) diterima pada indikator AA dan AI dan ditolak pada indikator Depresi (D). Hipotesis

(Ha.12) di terima pada indikator *Depression* (D) kerana dapatan nilai  $F = 11.132$  dan nilai  $R = 0.096$  (9.6%) dengan tingkat signifikansinya  $0.001 < 0.05$ , (D). ditolak pada indikator AA dan AI. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.74 di bawah ini.

Jadual 4.74. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal *Dysphoric Mood* Pada Indikator AA.D dan AI

Peramal	Indikator	<i>Dysphoric Mood</i>			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Jantina	AA	9.843	0.413	0.019	.520
	D	268.701	11.132	<b>0.096</b>	<b>.001</b>
	AI	62.970	2.516	0.046	.113

AA = *Anxious Arousal* . D = *Depression* . AI = *Anger Irritability*

#### 4.4.5.2.26. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pada indikator IE. DA dan DIS. dapat dikatakan hipotesis (Ho.12) di terima pada indikator IE dan DIS, dan di tolak pada indikator DA. Hipotesis (Ha.12) diterima pada indikator DA kerana dapatan nilai  $F = 7.674$  dan nilai  $R = .080$  (8%) dengan tingkat signifikansinya  $p = .006 < 0.05$ . Untuk lebih detail lihat Jadual 4.75 berikut.

Jadual 4.75. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal Dimensi PTSD Pada Indikator IE. DA dan DIS.

Peramal	Indikator	PTSD			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Jantina	IE	0.232	0.012	0.003	.913
	DA	180.705	7.674	<b>0.080</b>	<b>.006</b>
	DIS	20.436	0.093	0.029	.322

IE= *Intrusive Experience*. DA= *Defensive Avoidance* . DIS= *Dissociation*

**4.4.5.2.27. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Sexual Dysfunction* Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah**

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan sumber trauma ke atas dimensi *Sexual Dysfunction* pada indikator SC dan DSB dapat dikatakan hipotesis (Ho.12) ditolak dengan demikian maka (Ha.12) diterima di terima kerana dapatan nilai  $F = 37.757$  dan nilai  $R .175$  (17.5%) jantina menyumbang ke atas indikator SC dan dapatan untuk indikator DSB nilai  $F = 54.462$  dan nilai  $R .209$  (20.9 %) jantina menyumbang ke atas respon indikator DSB. Artinya Jantina menyumbang ke atas indikator SC dan DSB. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.76 di bawah ini.

Jadual 4.76. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala klinikal Dimensi *Sexual dysfunction* pada indikator SC dan DSB.

Peramal	Indikator	Sexual Dysfunction			
		SS	<i>F</i>	<i>R</i>	Sig
Jantina	SC	670.211	37.757	0.175	.000
Jantina	DSB	692.224	54.462	0.209	.000

SC= *Sexual Concerns* . DSB = *Dysfunction Sexual Behavior*

**4.4.5.2.28. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) Sumbangan Jantina, Ke atas Skala Klinikal TSI Pada Dimensi *Self Dysfunction*, Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah**

Keputusan kajian hasil regresi menunjukkan sumbangan jantina ke atas dimensi *Self Dysfunction* pada indikator ISR dan TRB (Ho.12) diterima pada ISR dan ditolak pada TRB. Sementara itu hipotesis (Ha.12) diterima pada indikator TRB dengan dapatan nilai  $F = 14.342$  dan nilai  $R .109$  (10.9%) dengan tingkat signifikansinya  $0.00 < .05$  dimana sumber trauma memberi sumbangan ke atas indikator TRB sebesar 10.9 % dan di tolak pada ISR kerana dapatan nilai  $F > .05$ . Artinya Jantina memberi sumbangan yang sangat signifikan. Untuk lebih detail lihat Jadual 4.77 berikut.

Jadual 4. 77. Hasil Ujian Regresi Jantina Ke atas Skala Klinikal Dimensi  
*Self Dysfunction* Pada Indikator ISR dan TRB

Peramal	Indikator	<i>Self Dysfunction</i>		<i>R</i>	Sig
		SS	<i>F</i>		
Jantina	ISR	28.713	1.258	0.032	.262
	TRB	329.244	14.342	0.109	.000

ISR = *Inpairred Self Reference* . TRB = *Tension Reduction Behavior*

#### 4.2. Rumusan

Keputusan kajian ini menunjukkan konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami yang berlaku di Aceh telah memberi kesan trauma yang signifikan dan kesan trauma tersebut purrata berada pada taraf sederhana berdasarkan wilayah, sumber trauma, mahupun jantina. Dan terdapat perbezaan signifikan dan ujian *post hoc* ada beberapa wilayah sangat ketara. Dapatan ujian *t-test* pula terdapat perbezaan yang signifikan dalam kalangan remaja pelajar antara lelaki dengan perempuan. Wilayah, sumber trauma dan jantina ada yang berkorelasi secara signifikan ada yang tiada, begitu juga dengan ujian regresi ada yang memberi sumbangan ada yang tiada. Besar kecilnya korelasi dan sumbangan sangat berkaitan dengan ukuran subjek kajian yang digunakan.



## BAB V

### PEMBINCANGAN

#### 5.1. Pengenalan

Bahagian ini akan membincangkan dapatan kajian berdasarkan literature yang berkaitan keatas hasil keputusan kajian daripada duabelas rumusan hipotesis yang disenaraikan berdasarkan dua skala *Trauma Symptom Inventory* (TSI) iaitu: Pertama, Skala Validiti yang terdiri dari tiga indicator iaitu: (1) *Atypical Respons*, (2) *Response Level* dan (3) *Inconsistent Response*. Kedua skala klinikal yang terbagi kedalam empat dimensi iaitu (1) *Dysphoric Mood*, terdiri daripada tiga indicator iaitu: *Anxious Arousal* (AA). *Depression* (D) dan *Anger Irritability* (AI); (2) *PTSD*, terdiri daripada tiga indicator iaitu: *Intrusive Experience* (IE). *Devensive Avoidance* (DA) dan *Dissociation* (DIS); (3) *Sexual Dysfunction*, terdiri daripada dua indicator iaitu: *Sexual Concenrs* (SC) dan *Dysfunntion Sexual Behavior* (DSB); dan (4) *self dysfunction*, terdiri daripada dua indicator iaitu: *Inpairred Self Reference* (ISR) dan *Tension Reduction Behavior* (TRB).

#### 5.2. Permbincangan Skala Validity Berdasarkan Keputusan Hipotesis Pada Indikator ATR, RL dan INC Dalam Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina

Keputusan kajian hipotesis satu menunjukkan konflik berpanjangan dan peristiwa tsunami di Aceh telah mengkesan trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami dan mangsa kedua peristiwa tersebut, perkara ini dibuktikan dengan dapatan kajian atas skala validity pada tiga indikator iaitu:

Pertama, dapatan *Atypical Response* (ATR) yang signifikan dalam kalangan remaja pelajar dilihat daripada wilayah, sumber trauma, dan jantina menandakan mereka mempunyai perilaku yang berbeza dengan orang lain, kerana kata *Atypical* ini

merupakan salah satu indikator yang boleh menunjukkan trauma keatas individu. Chaplin (2001) menyatakan kata *Atypical* dapat diartikan sebagai sesuatu tidak khas, tidak beratur, tidak normal, atau mempunyai perbezaan yang jelas dalam sifat-sifat khas atau dalam ciri dan karakteristik seseorang; Atau boleh dikatakan istilah *Atypical* tersebut juga dapat menunjukkan suatu *score* dalam suatu distribusi yang menyimpang secara mencolok dari rata-rata orang ramai. Atau dapat digunakan untuk menentukan ciri-ciri seseorang yang lebih menonjol dan lebih kentara dari orang lain yang seusia atau dari orang-orang sekelas dengan dirinya. Sedangkan kata respon adalah sembarang proses otot atau kelenjar yang dimunculkan oleh suatu perangsang, atau satu jawaban khas dari pertanyaan tes atau *questioner*. Jawaban subjek kajian yang tinggi pada dimensi ini menunjukkan gejala yang tidak biasa atau tidak normal seperti contoh menjawab ia nya suka pengsan, satu sisi badan kadang berasa lumpuh, kondisi ini tidak biasa pada orang yang normal. Nevid (2005) menyatakan salah satu kriteria yang digunakan untuk menentukan apakah suatu perilaku dikatakan normal atau abnormal adalah dengan memperhatikan apakah perilaku tersebut menyimpang dari standar tingkahlaku atau norma sosial yang dapat diterima oleh orang ramai.

Kedua, dapatan *Response Level* (RL) yang signifikan dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dalam peristiwa konflik dan tsunami dan kedua peristiwa tersebut di Aceh, juga merupakan salah satu indikator yang boleh menunjukkan kesan trauma pada individu, kerana remaja yang merespon tinggi indikator ini menunjukkan mereka menyangkal, pikiran atau perasaan yang kebanyakan oleh orang lainnya membenarkan, seperti kenyataan yang dirumuskan dalam soalan selidik *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yang menunjukkan nilai ke atas RL seperti: mudah tersinggung, menjadi marah mengenai sesuatu hal yang tidak begitu penting, kesedihan, sakit pada bahagian belakang badan, tidak berasa gembira, berasa terganggu atau kecemasan, mengkhawatirkan sesuatu, sakit dan perih, berkeinginan memiliki

banyak uang, berasa letih (Briere, 1995). Jawaban dari pada soalan ini boleh dilihat dari respon subjek kajian yang memberi nilai kosong yang berlebihan pada semua pertanyaan tersebut. Bila *Response Level* (RL) ini tinggi maka dapat dikatakan bahawa subjek kajian cenderung bersikap defensif atau menghindar, atau dapat juga dikatakan gangguan personaliti menghindar (*Avoidance personality disorder*). Orang ini sangat takut dengan penolakan dan kritikan, sehingga mereka pada umunya tidak ingin membina hubungan tanpa adanya kepastian bahawa ianya boleh diterima (Nevid, 2005).

Ketiga, dapatan *Inconsistent Response* (INC) yang signifikan dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah menandakan bahawa konflik dan tsunami yang berlaku di Aceh telah mengesan trauma, perkara ini dapat dilihat dari jawaban yang tidak konsisten seperti nombor 5 iaitu menjadi marah karena sesuatu hal yang tidak begitu penting, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga dalam merespon item nomor 15 iaitu menjadi marah karena hal kecil atau tanpa alasan; Selanjutnya memberikan lingkaran pada nilai kosong soalan nombor 8 iaitu kilas balik tentang hal yang mengganggu, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga atas soalan 62 iaitu tiba-tiba teringat masa lalu, dan seterusnya, ketidak konsistenan dalam menjawab soalan-soalan yang bermaksud sama tetapi dijawab berbeza oleh subjek kajian, menandakan mereka tidak memiliki ingatan yang kuat, atau tidak berkonsentrasi kerana disebabkan respon rawak dan fenomena disosiatif, atau kesulitan membaca. Kerana secara am, subjek kajian yang normal tidak memiliki skor INC tinggi, mereka secara purata akan menjawab konsisten dalam beberapa soalan yang berpasangan. Jadi apa bila subjek kajian merespon secara berlebihan, mereka dianggap memiliki kesulitan yang diasosiasikan dengan berkurangnya rentang jarak perhatian atau simptomatologi disosiatif.

Caplin (1995) menyatakan *dissociation* (dissosiasi, pemisahan, menjauhkan diri, tak mau bersatu) adalah pemisahan satu pola atau proses-proses psikological yang kompleks sebagai satu kesatuan dari struktur personaliti, yang kemudian boleh berfungsi bebas otonom dari personaliti lainnya. Pribadi majemuk atau pribadi terbelah (*multiple personality, Splitted personality*) menggambarkan gejala dissosiasi dalam bentuknya ekstrem. Tetapi dissosiasi juga terdapat beberapa tingkatan dalam kes *hysteria, amnesia, dan schizofrenia*. Menurut Jongsma dan Peterson (1995) mentakrifkan perilaku dissosiatif seperti mempunyai dua atau lebih personaliti yang mengkawal sepenuhnya tingkahlaku seperti: satu episod yang tiba-tiba berlaku tentang ketidakmampuan individu mengingat perkara penting tentang dirinya (terlupa/hilang ingatan tentang siapa dirinya); Mempunyai pengalaman silam yang berkait dengan sifat tidak berperikemanusiaan dan pergantungan kepada ingatan lampau yang pahit dan kuat terpahat dalam ingatan; Sifat hilang perikemanusiaan yang sangat serius yang menyebabkan tekanan yang akut dalam kehidupan seharian atau teringat-ingat masa lampau yang sangat ngeri dan pahit.

Selain daripada itu, Nevid (2005) menyatakan gangguan dissosiatif adalah suatu kumpulan gangguan yang ditandai oleh suatu kekacauan atau dissosiasi dari fungsi identitas, ingatan, atau kesedaran. Sedangkan gangguan identitas dissosiatif adalah suatu gangguan dissosiasi dimana seseorang memiliki dua atau lebih personaliti yang berbeza atau personaliti pengganti (*alter*). Punca terjadi *dissociation* adalah trauma masa lampau, episod duka, ngeri, sedih yang terlalu lama (berpanjangan), kecederaan emosi kerana terlalu takut, kegagalan dalam sesuatu perkara/hidup, dinafikan hak (*rejection*) atau penderaan, kecederaan saraf/kemalangan atau faktor organik (keturunan), kebimbangan melampau terhadap sesuatu perkara dan kenangan pahit. Dalam sejumlah kes yang dilaporkan personaliti pengganti pada orang dengan personaliti ganda

memiliki reaksi yang alergi dan ukuran penglihatan tersendiri. Atau yang berbeza dengan personaliti lain pada orang yang sama (Nevid, 2005).

Dalam kalangan remaja Aceh perilaku *atypical*, serta tahap respon dan *inconsistent response* yang muncul sangat signifikan, menunjukkan mangsa memiliki perilaku yang tidak normal atau berbeza dari kebanyakan orang ramai, kerana suka pengsan, tidak bermaya, lumpuh, kebas sewaktu-waktu. perkara ini menandakan mangsa masih mengalami kesan daripada peristiwa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh. Artinya dengan demikian dapat dinyatakan bahawa secara keseluruhan kalangan remaja sekolah menengah yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh telah memperlihatkan kesan trauma melalui skala validiti dengan mengenali perilaku mereka antara lain: sukar mengenali orang, berbeza dengan orang lain dan juga tidak konsisten. Perilaku ini sewajarnya harus diberi sokongan dari pihak keluarga, persekitaran dan juga pihak penguasa, kerana kalau tidak dikawal secara betul, remaja yang menjadi mangsa tersebut akan mengalami trauma yang bersifat klinis, Seperti *Dysphoric Mood*, *Post Traumatic Stress Disorder* (DTSD), *Sexual Dysfunction* dan *Self Dysfunction*, keempat aspek tersebut merupakan kesan klinikal yang akan dialami mangsa pasca kejadian traumatik bila tanpa kawalan dan sokongan dari pelbagai pihak.

Keputusan kajian tentang tahap trauma pada skala validiti, dapatan menunjukkan hasil indikator ATR, RL pada semua wilayah, baik konflik mahupun tsunami, baik lelaki mahupun perempuan manyoriti berada pada tahap rendah, sedangkan indikator INC berada pada tahap sederhana.. Berdasarkan kepada manual *Trauma Symptom Inventori* (TSI) respon trauma yang berada pada tahap rendah dan sederhana juga sudah membahaya dalam diri individu bila tidak ada penanganan yang benar dan berterusan, maka peringkat rendah boleh menjadi peringkat sederhana, dan peringkat sederhana pula boleh berubah kepada trauma tinggi. Taniza (2007)

menyatakan trauma akan menyebabkan stress yang berlebihan, kerana tragedi yang dialami mungkin sangat sukar diterima oleh mereka secara jangka panjang seperti, kematian ahli keluarga, kemalangan, gempa bumi dan lain-lain bencana alam. Ianya akan menyebabkan kecelaruan perasaan, keliru, keterasingan dan terkejut. Oleh kerana itu mereka harus mendapatkan sokongan dan pertolongan untuk keluar dari kesukaran seperti: mendengar luahan dan keluhan mangsa, mengatitkan program kaunseling lanjutan, mencari individu atau kumpulan yang boleh mengambil berat kepada individu yang mengalami trauma.

Namun dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh yang telah banyak mengalami peristiwa traumatik seharusnya telah mendapatkan banyak pertolongan yang boleh membantu mereka keluar dari rasa trauma, akan tetapi pada kenyataannya belum ada, kenyataan ini disokong dengan hasil kajian, Hatta (2006) terkait pertolongan yang pernah diterima oleh mangsa pasca konflik dan tsunami, hasil jawapan subjek kajian mendapati mereka tidak pernah mendapatkan pertolongan secara psikological setelah konflik dan tsunami berlaku. Bentuk pertolongan yang pernah mereka terima hanya dalam bentuk makanan, pakaian dan lain-lain keperluan asas. Kondisi ini yang menyebabkan mereka masih berada pada tahap trauma sederhana walaupun peristiwa traumatik sudah lama berlalu, tetapi mereka masih mengalami kesan trauma sampai sekarang. Bila dilihat dari masa berlaku hingga kehari ini seharusnya tahap trauma mereka adalah semakin rendah, hal ini menunjukkan subjek kajian tidak mendapat rawatan. Nadeer (dalam Webb, 2004) juga menyatakan rawatan dan proses pemulihan terhadap trauma mesti berasaskan jenis kejadian, kesan kejadian yang mendalam, tempoh kejadian, fasa trauma, darjah rawatan terhadap kehilangan, makna kejadian secara personal terhadap seorang kanak-kanak dan hubungannya terhadap masalah-masalah lain dalam kehidupan yang mungkin mengalami trauma.

Keputusan kajian hipotesis dua adalah terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma pada semua wilayah, sumber trauma dan Jantina. Dapatan ini menunjukkan bahawa mangsa yang berada pada satu wilayah secara budaya akan berbeza pada wilayah yang lain. Perbezaan tahap trauma yang dialami mangsa konflik dan tsunami di Aceh sewajarnya adalah berbeza, kerana letak geografik Aceh yang satu wilayah dengan wilayah lain adalah pelbagai, baik dari sosial budaya, pemahaman agama, ekonomi, pendidikan dan suku atau ras dan begitu pula intensitas konflik dan tsunami yang terjadi juga berbeza antara satu wilayah dengan wilayah lainnya, sehingga sewajarnya responnya juga akan berbeza. Keragaman aspek dalam wilayah ini tentu mempengaruhi pola pikir dan strategi daya tindak masyarakat dalam menghadapi perilaku mangsa. Seperti contoh Bireun dengan Aceh Selatan letak geografis yang sangat berjauhan dengan budaya yang sangat berbeza dan jumlah kepadatan penduduk baik kecamatan, kemukiman dan jumlah desa jauh berbeza, lihat Jadual 5.1.

Jadual 5.1. Perbezaan Kecamatan, Kemukiman dan Jumlah Desa.

No	Wilayah/Kabupaten	Kecamatan	Kemukiman	Jumlah Desa
1	A.Timur	24	45	511
2	A.Utara	27	67	852
3	Bireun	17	75	609
4	A.Besar	12	33	321
5	A.Barat	23	94	604
6	Pidie	23	94	727
7	Aceh Selatan	18	43	248
8	Kota Banda Aceh	9	18	90

Sumber: Bapeda Prov Aceh. 2011.

Dilihat dari suku dan ras, Aceh Selatan ramai suku asli adalah anak jame, sementara Bireun lebih banyak suku Aceh, Aceh Timur lebih banyak suku Jawa.

Begitu pula dari pemahaman agama juga berbeza, Aceh Selatan banyak pesantren-pesantren sehingga mempengaruhi masyarakat persekitaran, sementara Aceh Timur tidak ada. Keragaman budaya pada setiap wilayah juga akan mempengaruhi sistem sokongan yang diberikan pada penderita trauma. Sokongan sosial memainkan peranan penting dalam mengatasi tekanan, kerana pelbagai aspek boleh diterima individu seperti kasih sayang, bantuan, bimbingan, penghormatan sebagaimana diperoleh individu daripada keluarga, rakan, ketua dan juga masyarakat sekeliling. Perhatian, bimbingan dan kasih sayang dan penghormatan yang diterima oleh individu boleh membantu dalam menangani konflik dan tekanan yang dialami.

Fatimah dan Suryani (2002) menyatakan bahawa dengan adanya sokongan sosial daripada masyarakat di sekeliling, individu itu, akan lebih yakin untuk menghadapi kehidupan, kerana percaya sekiranya menghadapi masalah bantuan dan sokongan boleh diperolehi daripada mereka, ini akan dapat membantu individu meningkatkan kebolehan mereka menangani konflik dan tekanan yang dialami. Disamping itu sokongan sosial juga memberi peluang kepada individu untuk mendapatkan bimbingan dan panduan serta nasehat yang boleh digunakan untuk menghadapi tekanan.

Pendapat di atas bersesuaian dengan Caplan dan Killilea (1976) yang menyatakan bahawa sokongan sosial boleh membantu individu menghadapi tekanan melalui tiga cara iaitu: meningkatkan penguasaan emosi, memberi pimpinan dan petunjuk mengenai masalah yang dihadapi dan membekalkan maklumbalas tentang perlakuan individu yang boleh diterima daripada institusi komuniti formal seperti unit kaunseling yang terdapat di jabatan-jabatan, atau daripada sistem semulajadi yang tidak formal seperti keluarga. Jadi dalam konteks ini maka harus difahamkan bahawa perbezaan trauma pada setiap wilayah sumber trauma dan jantina sangat dipengaruhi konstruksi budaya yang dibangun pada setiap wilayah. Kerana difahamkan bahawa suku



Aceh, Jawa dan Anak jame akan berbeza persepsi dalam berbagai hal termasuk bagaimana pola *coping* yang mereka bangun dalam persekitaran.

Perbezaan ini juga dipengaruhi oleh tingkat intensitas genjatan senjata, peristiwa traumatik yang berlaku, jumlah korban dan bentuk sokongan yang diberikan oleh keluarga, orang persekitaran dan juga pihak penguasa. Semakin baik sokongan sosial maka semakin rendah respon trauma yang berlaku. Hanizah (2008) menyatakan bahawa sokongan sosial yang kuat boleh mengurangkan tahap tekanan. Kerana sebagai makhluk sosial, manusia hidup saling memerlukan di antara satu sama lain. Keperluan ini memberi sikap sokongan sesama sendiri dalam mengurangkan tekanan. Dan kewujudan sokongan sosial yang kuat juga dapat memberikan cadangan yang membantu. Sementara itu, House (1981) menyatakan sokongan sosial yang diperolehi dari rangkaian sokongan sosial, dapat mempertingkatkan keyakinan diri, komitmen, kompetensi terutama apa bila berhadapan dengan krisis.

Begitu pula dengan perbezaan sumber trauma, konflik dan tsunami bila dikaji lebih mendalam adalah dua sumber yang sangat berbeza dalam bentuk peristiwa. Konflik disebabkan oleh keganasan manusia yang membunuh, menculik dan mensekap dan mendera mangsa yang belum tentu memiliki kesalahan, sehingga ramai mangsa menjadi dendam. Dari hasil temubual peneliti dengan beberapa subjek kajian di Pattani Thailand (7 Mei 2012) mereka menyatakan bahawa sangat ingin membalas apa-apa sahaja yang telah askar lakukan ke atas keluarga mereka, akan tetapi mereka sangat takut bila terjumpa askar. Pengalaman tersebut juga di alami oleh kalangan remaja di Aceh. Menurut mereka konflik yang berlaku telah memusnahkan semua harapan dan masa hadapan. Sementara tsunami dianggap musibah yang diberikan oleh Allah ke atas manusia yang mungkin dengan persepsi yang berbeza pula. Ada yang menerima dengan pasrah sehingga ia memulai dengan strategi daya tindak yang boleh menghilangkan

perasaan sedih. Kerana mangsa tidak mungkin mendendam kepada Allah. Oleh kerana itu bila kita lihat dapatan kajian menunjukkan perbezaan yang signifikan pada sumber trauma merupakan sesuatu hal yang sangat wajar.

Dapatan tersebut selaras dengan hasil temu bual pengkaji dengan subjek kajian mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh Besar, mereka menyatakan bahawa peristiwa trauma yang terjadi antara mangsa konflik dengan tsunami adalah sangat berbeza yaitu konflik merupakan peristiwa traumatik lebih menegangkan kerana ancaman secara psikological, seperti ancaman senjata api, ancaman bunuh, ancaman culik, sementara tsunami merupakan kejutan yang tiba-tiba dan tidak dijangka (Hatta, 2009). Kondisi ini memerlukan keperluan psikological ke atas mangsa agar mereka boleh berjaya kemas hadapan. Ryan (1995) menyatakan bahawa setiap individu memerlukan psikological tanpa mengira budaya, bangsa, jantina dan negara. Kepincangan salah satu daripada keperluan psikological dijangka akan menjejaskan kesihatan mental dan kesejahteraan, sebagai contoh persekitaran yang memberikan peluang kecekapan dan autonomi tetapi dalam masa yang sama tidak menyadari keperluan individu. Konteks sosial ini mengakibatkan konflik antara keperluan psikological sehingga membentuk pengasingan diri dan psikopatologi. Selain itu Ryan & Deci (2000) menyatakan bahawa tiga keperluan asas psikological adalah universal. Ini bermakna keperluan asas psikological adalah berubah-ubah di sepanjang kehidupan berdasarkan kepada ketakrifan kesejahteraan dan gaya hidup yang berbeza-beza mengikut budaya.

Keputusan lain kajian ini adalah perbezaan tahap trauma pada Jantina, didapati tidak begitu signifikan kerana pada indikator validity hanya RL atau tahap respon yang mempunyai perbezaan signifikan, sementara pada *Atypical* respon dan *Inconsistent* tidak berbeza. Bila dilihat dari jantina memang berbeza lelaki dan perempuan, namun

kesan trauma, tahap trauma yang dialami mangsa tidak demikian. Keputusan ini selaras dengan hasil temubual pengkaji dengan mangsa, yang mana jawapan remaja lelaki dengan perempuan hampir sama, mereka sama-sama berasa takut yang melampau, berasa sedih, berasa cemas dan juga berasa marah, tetapi respon yang ditunjukkan lelaki dan perempuan memang jauh berbeza. Ini dapat terlihat pada perilaku yang ditunjukkan bila marah perempuan tidak begitu agresif, berbanding lelaki. Contoh seorang perempuan mengatakan marah tetapi wajah dan reaksi tubuh tidak tidak memperlihatkan kemarahan (tidak kentara), akan tetapi remaja lelaki bila marah memperlihatkan perilaku memberontak sehingga nampak pada wajah dan telinga, mata memerah serta tangan mengepal dan menggeletar. Dan kemarahan yang demikian akan berbahaya kepada kesehatan fizikal, kerana mereka boleh berpeluang mengindap penyakit hipertensi (Hatta, 2009).

Keputusan kajian hipotesis tiga tentang korelasi antara wilayah, sumber trauma dan jantina ke atas skala validity menunjukkan bahawa wilayah terdapat hubungan yang signifikan ke atas indikator *Atypical Response* (ATR) sebesar ( $r .38^{**}$ ), Sumber Trauma pula terdapat hubungan yang signifikan pada indikator *Response Level* (RL) sebesar ( $r -.81^{**}$ ). Sedangkan Jantina terdapat hubungan yang signifikan juga ke atas indikator *Response Level* RL sebesar ( $r -.80^{**}$ ). Berdasarkan dapatan tersebut mengindikasikan bahawa wilayah sangat berhubungan perilaku *atypical* mangsa.

Dapatan ini sejalan dengan kenyataan yang yang dirumuskan oleh Holingshead dan Redlich (1958) (dalam Nevid, 2005) iaitu adanya dukungan terhadap hubungan antara kelas sosial dan gangguan psikological, bahawa orang-orang dari kelompok sosioekonomi yang lebih rendah lebih cenderung dimasukkan kedalam institusi psikiater. Hal ini dikeranakan orang-orang miskin lebih sedikit memiliki akses terhadap perawatan yang lebih baik seperti rumah sakit luar yang bersifat swasta. Begitu pula

kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh, kondisi sosioekonomi yang semakin sulit, fasilitas yang tidak mencukupi semakin memperburuk tingkat trauma yang dialaminya kerana tidak mendapatkan rawatan yang lebih selesa.

Kenyataan tersebut selaras dengan pernyataan Kepala Badan Pelayanan Jiwa Aceh, Dr Amren Rahim, M.Kes dalam diskusi yang difasilitasi oleh *Public Expenditure Analysis and Capacity Strengthening Program* (PECAPP) Aceh di Banda Aceh (Selasa, 2 April 2013) yang bahawa Rumah Sakit Kesehatan Jiwa di Aceh masih terbatas untuk menampung pasien sakit jiwa, kerana jumlah pasien jiwa yang berada di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh dan Pusat Rehabilitasi Jiwa di Jantho, Aceh Besar, mencapai 700 orang. Sedangkan jumlah kapasiti tempat tidur hanya 340 unit. Sehingga "Tempat yang ada terpaksa dimaksimalkan dulu," Menurutnya, pasien jiwa tersebut terdiri dari beberapa kelompok jenis gangguan jiwa, di antaranya ada yang *skizoprenia* dan gangguan emosi. "Pecetusnya yang terbanyak kerana sosial ekonomi." Apabila kondisinya seperti itu, maka kita yakini bahawa kesempatan untuk orang-orang miskin semakin terbatas, sehingga tidak jarang kita melihat banyak orang tua terpaksa membiarkan anak-anak mereka yang sakit jiwa dibiarkan begitu saja atau terpaksa di pasung tanpa ada rawatan.

Selain daripada itu dilihat dari korelasi antar indikator secara keseluruhan menunjukkan bahawa ATR dengan RL mempunyai hubungan signifikan yang negative pada taraf nyata 0.01 ( $r = .383^{**}$ ,  $p < .01$ ).Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku ATRnya maka semakin rendah respon keatas indikator RL bahagi individu yang mengalami trauma. Begitu pula hubungan ATR dengan INC juga menunjukkan hubungan negative signifikan kerana dapatan ( $r = -.433^{**}$ ,  $p < .01$ ), ini juga bermakna semakin tinggi respon ATR maka semakin rendah respon INC bahagi individu yang telah mengalami trauma.

Keputusan kajian hipotesis lima, menunjukkan hanya wilayah, yang memberi sumbangan ke atas tahap trauma pada dimensi validiti indikator *Atypical Response* (ATR) sebesar 9,5 %. Dapatan ini menjelaskan bahawa wilayah dengan ragam budayanya memang mempengaruhi kepada penilaian perilaku mangsa yang *atypical*, hal ini berhubungan dengan pola *coping* dan keyakinan yang dibangun oleh keluarga, rakan dan persekitaran. Kennedy, Scheirer, dan Rogers (1984) (dalam Nevid, 2005) menyatakan keyakinan-keyakinan budaya membantu menentukan apakah orang-orang melihat perilaku tertentu sebagai normal atau abnormal. Orang-orang yang hanya mendasarkan kepada penilaian normalitas dan standar yang berlaku dalam budaya akan berisiko menjadi etnosentris ketika mereka memandang tingkahlaku orang lain dalam budaya sebagai yang abnormal.

Hal tersebut memberi perhatian khusus ke atas psychopathologi anak, kerana anak-anak jarang melabel perilaku mereka sebagai abnormal, oleh kerana itu definisi normalitas amat bergantung pada tingkah laku yang dipandang oleh orang tua dan budaya tertentu. Budaya-budaya sangat bervariasi berkenaan dengan tipe-tipe perilaku yang diklasifikasikan sebahagian diterima atau tidak berdasarkan ukuran sosial. Para peneliti menemukan bahwa orang tua pada budaya yang berbeza menilai ketidakbiasaan perilaku dari perspektif yang berbeza (Lambert et al., 1992). Tingkah laku bilazim yang masih kerap terjadi dalam kalangan remaja adalah bentuk satu keadaan tindak balas emosi dan fizikal yang berlaku secara spontan dari perilaku trauma dalam diri individu seperti pikiran yang bercelaru, keliru, kepenatan, bingung, marah dan tidak tahu apa yang harus dilakukan. Walaupun tragedi menyayat hati telah berlalu, tetapi mangsa masih mengalami *Atypical Response* (ATR) dalam kehidupan seharian terutama apabila ada pencetus, seakan-akan tragedi tersebut kembali menyimpannya. Manifestasi ATR menjadi sebatan dalam kehidupan seolah-olah tingkahlaku tersebut dibenarkan oleh

masyarakat (Taniza, 2007). Keadaan tersebut adalah kesan dari pada trauma yang tidak dirawat dan ditangani sepenuhnya. Oleh kerana itu dapatan ini mungkin selari dengan keadaan masyarakat di berbagai daerah konflik lain seperti Pattani, Monro dimana perilaku *Atypical* (ATR) mendominasi indikator trauma yang lain. Tahap trauma yang sederhana pada dimensi validiti akan menjadi serius dan klinikal apabila tidak dikawal oleh keluarga, rakan dan profesional, kerana kalangan remaja boleh menjadi agresif atau salah laku. Menurut Wentzel dan Looney (2006); Cashwell dan Vacc (1996); Patterson (1996); Conger-Conger (1994); dan Sakhilah (2008) kes-kes pelajar yang terlibat dalam salah laku adalah berasal daripada keluarga yang bercerai-berai, kurang pendidikan, kurang memberi perhatian dan kasih sayang pada anak-anak.

### **5.3 Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinikal *Dysphoric Mood* Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.**

Hasil keputusan kajian ke atas hipotesis pada skala klinikal dalam kalangan remaja pelajar Sekolah menengah di Aceh, maka dapat dikatakan dapatan kajian pada dimensi *dysphoric mood* menunjukkan:

Pertama hasil ujian hipotesis satu, dapatan kajian menyatakan bahawa konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami yang berlaku di Aceh telah mengkesan trauma yang signifikan ke atas skala klinikal pada dimensi *Dysphoric Mood* dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh. *Dysphoric mood* adalah suatu kondisi atau suasana hati yang tidak menyenangkan seperti kesedihan, kecemasan dan mudah tersinggung. Abess, menyatakan bahwa “*dysphoric mood An unpleasant mood, such as sadness, anxiety, or irritability*”. Selanjutnya ia menyatakan dalam Wikipedia kata *dysphoric* atau dapat difahami *Dysphoria* berasal dari bahasa Yunani δύσφορος (*dysphoros*), dari δύσ-, sulit, dan φέρειν, untuk menanggung), secara semantik

kebalikan dari euphoria, secara medis diakui sebagai suatu kondisi mental dan emosional di mana seseorang mengalami perasaan yang intens dari depresi, ketidakpuasan dan ketidakpedulian terhadap dunia di sekitar mereka.

Caplin (1995) *dysphoria* di artikan depresi yang disertai dengan kecemasan. Gangguan *mood* dapat menyebabkan *dysphoria*, yang kerap di tandai dengan perilaku peningkatan risiko bunuh diri, terutama pada orang dengan gangguan bipolar yang berada dalam fasa depresi. Secara istilah merujuk pada kondisi atau suasana hati, *dysphoria* kerap juga dialami dalam menanggapi peristiwa kehidupan biasa, seperti sakit keras atau kesedihan. *Dysphoria* juga dapat disebabkan oleh bahan kimia yang terdapat dalam beberapa obat psikoaktif yang umum digunakan, seperti antipsikotik tipikal dan atipikal. USDHHS (1999a) (dalam Nevid, 2005) menyatakan *mood* adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis seseorang. Perasaan sedih dan depresi bukanlah hal yang abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi yang penuh tekanan. Namun orang dengan gangguan *mood* (*Mood Disorder*) mengalami gangguan *mood* yang luar biasa teruk dan berlangsung lama serta mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam tanggung jawab yang normal.

Ada 6 tipe gangguan *mood* yang telah di adaptasi dari DSM-IV-TR (APA, 2000) iaitu : (1) gangguan-gangguan depresi (gangguan *Unipolar*), (2) gangguan depresi mayor adalah terjadinya satu atau lebih periode atau episode depresi tanpa ada riwayat terjadinya episode manik atau hipomanik alami, (3) gangguan distimik ialah pola depresi ringan (tetapi mungkin saja menjadi *mood* yang menyulitkan pada anak-anak atau remaja) yang terjadi dalam satu rentang waktu pada orang dewasa, biasanya dalam beberapa tahun, (4) gangguan-gangguan perubahan *mood* (gangguan bipolar); (5) gangguan bipolar ialah gangguan yang disertai satu atau lebih episode manik atau hipomanik; (6) gangguan *mood* siklotimik adalah gangguan *mood* kronis meliputi

beberapa episode hipomanik (episode yang disertai dengan ciri-ciri manik pada taraf keparahan yang rendah dari episode manik) dan beberapa priode *mood* tertekan atau hilangnya minat atau kesenangan pada kegiatan-kegiatan, tetapi taraf keparahannya tidak sampai memenuhi kriteria sebagai episode depresi mayor.

Kesedihan kegembiraan merupakan respon yang kerap muncul dalam kehidupan manusia, hal ini sangat dipengaruhi oleh suasana hati dan impuls yang masuk seperti manusia akan senang dan gembira bila mendapatkan hadiah, dan akan bersedih bila merasa kebingungan, perkara ini merupakan reaksi yang normal, akan tetapi menjadi tidak normal apa bila sudah berlebihan. Tidak semua manusia boleh berespon seperti ini, ada individu yang memperlihatkan emosi yang keterlaluan yang boleh mengganggu kelancaran hidup yang normal seperti kecelaruan *mood* (*dysphoric mood*). Sue & Sue (1994) menyatakan kecelaruan *mood* adalah gangguan emosi yang mengakibatkan ketidakselesaan subjektif kepada seseorang atau mengganggu kelancaran norma kehidupannya ataupun keduanya sekali, kecelaruan ini berteraskan kepada kemurungan dan mania. Kemurungan digambarkan melalui kesedihan yang mendalam, berasa putus asa, dan tidak bermaya lagi untuk hidup dan seterusnya menarik diri daripada persekitaran. Mania pula digambarkan melalui *mood* gembira yang terlonjak, suka membelanjakan wang dan berakhir dengan hiperaktif.

Dimensi *Dysphoric Mood* terdiri dari tiga indikator yang dapat mengukur subjek kajian mengalami sama ada trauma pada dimensi ini atau tidak. Dapatan yang tinggi pada indikator ini menunjukkan bahawa subjek kajian telah mengalami kesan trauma yang kritikal dan mengalami gangguan psikological seperti kebimbangan melampau atau *Anxious Arousal* (AA), kemurungan melampau atau *Depression* (D) dan ledakan kemarahan atau *Anger Irritability* (AI). *Anxious Arousal* diartikan munculnya rasa khawatir, cemas, dan gelisah. Dalam dimensi *Dysphoric Mood*, Briere (1995) membuat



soalan kajian keatas indikator untuk mengukur *Anxious Arousal* yang terjadi pada subjek kajian dengan beberapa gejala: sewaktu-waktu menggeletar, merasa tegang atau cemas, khawatirkan sesuatu, merasa gugup dan gelisah, kecemasan yang tinggi, gugup, menjadi takut, mudah terkejut dengan bunyi-bunyi yang tiba-tiba, merasa takut akan mati atau tercedera. *Anxious* kerap juga disebut *anxiety* yang diartikan sebagai kegelisahan atau kecemasan. Zucker (2009) menyatakan *anxiety* adalah kecemasan, kegelisahan yang melampau atau juga dikatakan sebagai bentuk mekanisme bertahan hidup yang memungkinkan seseorang bereaksi lebih cepat dalam situasi yang mengancam dengan memberikan reaksi fizikal “*fligh or fight*” atau respon melawan. Kecemasan ini timbul kerana peristiwa yang tiba-tiba. Misalnya bencana alam, kecelakaan dan sebagainya. Simptom *anxiety* biasanya perasaan risau yang melampau; penat, kurang rehat, suka bergetar suka sakit otot; nafas ter-engat-engah, susah menelan, mulut kering, pening, sakit perut; perasaan yang bercelaru kosentrasi terganggu dan kewasdaan yang tinggi, (Jongsma & Peterson 1995; Zucker, 2009).

Sementara itu gangguan kemurungan (*depression*) adalah sejenis penyakit mental yang melibatkan fizikal, perasaan dan fikiran. Antara cirinya ia bukan bersifat sementara dan bukanlah sesuatu yang boleh ditamatkan atau dihilangkan dengan keinginan semata. Individu yang murung tidak dapat pulih dengan sendirinya kecuali dengan bantuan pakar dan ubat-ubatan, jika kemurungan ini tidak dirawat, ia boleh berlaku berpanjangan beberapa bulanan atau tahunan, ia boleh menyebabkan sakit fizikal serta meningkatkan resiko bunuh diri. Ciri utama fasa kemurungan ini ialah individu mengalami perasaan sedih yang amat menyeksakan (Rosnani, 2005).

Kemurungan yang terjadi pada seseorang boleh datang seketika atau juga boleh lambat beberapa waktu. Menurut Monton (1974) menyatakan kemurungan seketika adalah reaksi normal tatkala individu melalui detik-detik kesedihan seperti kematian,

kegagalan dalam pemeriksaan atau masalah keuangan, akan tetapi akan menjadi tidak normal jika berat badan, atau demam, ataupun tidak dapat makan dan tidur. Kemurungan biasanya dikategorikan kepada dua jenis yaitu jenis neurotik atau reaktif dan psikotik atau endogen. Kemurungan neurotik adalah jenis yang ringan yang terjadi daripada situasi –situasi ataupun rangsangan yang tidak gembira dari persekitaran dengan respon yang agak keterlaluan dari pada individu tersebut. Manakala psikotik adalah jenis yang lebih berat yang berpunca daripada keadaan dalaman seseorang individu tersebut.

Selain itu kemurungan juga ada mania, Nevid (1994) menyatakan bahawa mania secara ringkas adalah gangguan psikiatrik yang berlawanan dengan kemurungan. Gejalanya adalah kegembiraan yang berlebihan dan kelonjakan yang melampaui, ia juga bercirikan psikomotor yang aktif berbanding psikomotor yang lembab dalam kemurungan yang membuat seseorang itu tidak penat, tidak boleh duduk diam, dan melakukan begitu banyak perkara dalam satu-satu masa tanpa menyiapkan satupun daripadanya. Seperkaralagi cirinya adalah sembarang idea yang mencurah-curah dan bercakap tentang banyak perkara dan bertukar-tukar tajuk tanpa hubungan.

Terkait dengan dimensi ini, Briere (1995) telah merumuskan beberapa simptom pada indikator *depression* iaitu kesedihan, ingin menangis, merasa tertekan, berharap diri sudah mati, berasa tidak ada harapan, berasa tidak berguna hidup, berasa begitu tertekan sehingga menghindari orang-orang dan berasa tidak berguna. Bila subjek kajian menjawab gejala ini dengan melingkari angka 3 maka dapat dikatakan ia adalah menderita kemurungan. Individu-individu yang menghadapi kemurungan pada waktu-waktu tertentu dan hipomania pada waktu-waktu yang lain, maka ia dikatakan dengan “*manic depressive*” dan gabungan kedua-dua tingkahlaku abnormal ini dikenali sebagai “*manic depressive psychosis*” (Monton, 1974). Sementara dalam DSM-IV,

*manic depressive psychosis* diletakkan di bawah kategori “*Bipolar Disorder*” yang merangkumi kemurungan dan mania (Sue & Sue, 1994).

Indikator lain dalam dimensi *dysphoric mood* adalah *Anger Irritability* yang diartikan sebagai suatu perasaan marah atau juga ledakan kemarahan, ini biasa berlaku diluar kawalan terhadap sebarang tekanan, punca individu menjadi marah adalah pelbagai. Apabila pencetus adalah dalam diri individu, tindak balas terhadap fizikal atau badan, tubuh akan menunjukkan gejala: otot kejang, muka merah, menolak untuk bertatap mata, menjauhi diri, merungut, menumbuk, membuang batang, mengeluarkan pertuturan kasar, dan sebagainya (Din, 2005). Chaplin (1995) menyatakan bahwa *anger* (marah, murka, berang, kemarahan, keberangan, kegusaran) ialah reaksi emosional akut yang ditimbulkan oleh jumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah, pengekangan diri, serangan lisan, kekecewaan, atau prustasi, dan dicirikan oleh reaksi kuat pada sistem syaraf otonomik, khususnya oleh reaksi darurat pada bahagian simpatetik, dan secara implisit disebabkan oleh reaksi serangan lahiriah, baik yang bersifat somatik, atau jasmaniah mahupun yang verbal atau lisan. Untuk meredakan ledakan kemarahan yang seperti ini boleh dilakukan sublimasi iaitu penyaluran impuls-impuls primitif pada usaha-usaha yang positif dan konstruktif (Rathus, 2001, dalam Nevid, 2005).

Keputusan hipotesis dua, hasil ujian secara manual standart TSI, keatas skala klinikal dimensi *dysphoric Mood* indicator AA, dan D tahap trauma yang dialami kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh berada purrata pada taraf sederhana untuk indicator *anger irritability* khusus remaja lelaki berada purrata pada taraf rendah. akan tetapi walaupun taraf rendah dan tinggi juga ada pada setiap wilayah, akan tetapi tidak begitu ramai. Hasil ujian tersebut di lihat berdasarkan wilayah, sumber trauma dan jantina. Taraf sederhana pada skala *dysphoric mood* tetap akan membahaya keatas

remaja pelajar bila tidak diberi pengobatan secara berterusan baik secara psikologis mahupun secara medis, kerana bila tidak trauma tersebut akan lebih bahaya dan boleh masuk ke PTSD. Taniza (2007) menyatakan trauma adalah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri boleh menimpa sesiapa sahaja sama ada individu atau kumpulan masyarakat tidak mengira bangsa, taraf sosioekonomi, lokasi tempat tinggal atau faktor-faktor demografi yang lain. Boleh saja setiap kejadian itu mungkin menjadi ngeri kepada seseorang atau sebaliknya berdasarkan penerimaan seseorang terhadap peristiwa yang menimpa mereka. Walau apa pun reaksi dan persepsi seseorang terhadap sesuatu peristiwa pahit atau ngeri dalam hidupnya, ianya tetap menimbulkan kesan dalam minda, emosi dan tingkah laku sama ada dalam jangka masa pendek atau jangka masa panjang. Selain dari pada itu dapatan tahap trauma pada peringkat sederhana ini, juga selaras dengan dapatan kajian trauma pasca tsunami yang dilakukan oleh Taniza,dkk (2007) ke atas peranan guru bimbingan dan kaunseling dalam proses penanganan pasca trauma kepada murid-murid mangsa tsunami di Malaysia.

Menurut Lloyd dan Archer (1985) menyatakan kebimbangan merupakan satu suasana emosi (*emotion state*) yang sama dengan ketakutan dalam kebanyakan manifestasi fizikal. Kebimbangan melampau (*Anxious Arousal*) kemurungan (*Depression*) dan ledakan kemarahan (*Anger Irritability*) yang sederhana pada dimensi *Dysphoric Mood* di dalam kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh harus diberi perhatian khusus, kerana dalam setiap indikator yang ada walaupun hanya sedikit wujud dalam diri akan berbahaya bila tidak dilakukan pengkawalan. Pernyataan ini selaras dengan pendapat Weeb (2004) bahawa pengalaman trauma akan berada dalam kehidupan seseorang sehingga lebih dari pada 6 bulan dan malah boleh bertahun-tahun lamanya jika tidak melalui proses pemulihan. Bila mengikut kenyataan tersebut tidak heran bila remaja di Aceh masih mengalami gangguan seperti kebimbangan, kemurungan dan kemarahan yang melampau, kerana dari hasil temubual pengkaji

dengan subjek kajian mangsa konflik dan tsunami mereka belum pernah mendapatkan pemulihan secara psikological.

Kenyataan ini selari dengan temuan dari hasil kajian ke atas keperluan psikososial terhadap komuniti-komuniti di 14 kabupaten di Wilayah konflik di Aceh, dimana dinyatakan bahawa kecemasan, depresi ataupun PTSD masih cukup tinggi pada komuniti PNA2 (*Psychosocial Needs Assessment Part 2*). Ujian ini menunjukkan bahawa hal ini sangat berhubungan dengan pengalaman kekerasan yang terjadi dimasa lalu dan hasil klinis menunjukkan masalah kesehatan mental yang terkait dengan konflik masih sangat signifikan di komuniti-komuniti di Aceh (IOM, 2006). Dan gangguan tersebut sudah sebatik dalam kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami, sehingga menjadi personaliti mereka. Everson, Mckey, dan Lovallo (1996), Scheier dan Bridges, (1995) menyatakan personaliti mempunyai kaitan yang rapat dengan penyakit –penyakit kronis seperti hipertensi, kecelaruan jantung, kanser, anoreksia dan lain-lain. Individu yang kerap bimbang, mudah berasa cemas dan lebih cepat marah mempunyai resiko yang tinggi diserang pelbagai penyakit kronis.

Sebaliknya, Cousins (1979) menyatakan mereka yang bersifat positif dan tidak terlalu beremosi didapati lebih berjaya melawan penyakit dan hidup lebih lama sekalipun diserang penyakit kronis yang berat. Cohen dan Rodriguez (1995) Sarason dan Sarason (1984) menyatakan pula selain mempengaruhi kesihatan, personaliti seseorang boleh berubah setelah dijangkiti penyakit sama ada akut mahupun kronis. Pesakit- pesakit yang mengidapi penyakit yang ringan dan berat akan memperlihatkan perubahan perilaku, mereka bermula daripada mempunyai pemikiran dan perasaan yang negatif sehingga melahirkan gejala-gejala psikological yang berat seperti kebimbangan, kemurungan, kemarahan dan rasa putus harapan, seperti yang dirasai remaja pelajar Sekolah Menengah di Aceh.

Keputusan kajian hipotesis tiga, keatas skala klinikal dimensi *dysphoric mood* dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang sangat signifikan tahap trauma dilihat berdasarkan wilayah, sumber trauma dan jantina. Dapatan ini di sokong lagi dari ujian *post hoc* perbezaan pada setiap wilayah yang paling kentara pada dimensi ini adalah pada wilayah Kota Banda Aceh, Aceh Selatan, Pidie Jaya. Bila dilihat dari demografi ketiga wilayah ini karakteristik wilayahnya sangat berbeza, Kota Banda Aceh adalah ibukota dari provinsi Aceh, dimana secara budaya, perilaku dan pola pikir sudah lebih maju, sedangkan Aceh Selatan adalah wilayah pesisir yang jauh dari Kota Banda Aceh dan karakteristik yang paling menonjol adalah wilayah ini sedikit kurang berkembang, pola pikir masyarakatnya masih banyak bersifat dogmatif dimana mempercayai ahli agama sebagai segala-galanya dalam pengambilan keputusan dalam berbagai aspek kehidupan mereka. Begitu juga dengan wilayah Pidie Jaya, merupakan wilayah baru pemekaran dari wilayah Pidie, sudah pasti masyarakatnya baru mulai berkembang. Dilihat dari karakteristik wilayah ini sewajarnya perbezaan ini berlaku. Manakala dilihat dari sumber trauma perbezaan yang paling kentara berdasarkan ujian *post hoc* adalah sumber konflik, dan bila dilihat dari jantina yang berbeza hanya pada tahap respon sedangkan pada ATR dan INC tidak signifikan. Artinya tahap trauma dalam kalangan remaja pelajar secara purrata hanya sedikit berbeza antara lelaki dan perempuan pada tahap respon atau (RL).

Keputusan hipotesis terkait hubungan, keatas dimensi *dysphoric mood* indikator AA, D dan AI, Dapatan hanya sumber trauma yang memiliki hubungan signifikan (0.05) pada indikator *Anxious Arosal* (AA) sebesar ( $r .065^*$ ) dan Indikator *Depression* (D) sebesar ( $r .068^*$ ). Sedangkan Jantina hanya pada indikator *Depression* (D) sebesar ( $r .096^{**}$ ) yang memiliki hubungan sangat signifikan (0.01). Dapatan ini menunjukkan

bahawa sumber trauma mempengaruhi tahap keseimbangan dan kemurungan pada kalangan remaja mangsa, begitu pula jantina mempengaruhi tahap trauma pada kemurungan.

Keputusan hipotesis tentang regresi, menunjukkan bahawa, wilayah tidak memberi sumbangan keatas tahap trauma pada dimensi *Dysphoric Mood*, sementara sumber trauma memberi sumbangan ke atas indikator *Anxious Arousal* 6,5% dan *Depression* 6,8%. Dapatan lain bahawa jantina juga mempengaruhi trauma pada dimensi *Dysphoric Mood* hanya pada indikator kemurungan (*Depression*) sebesar 9,6%.

Pengaruh sumber trauma dan jantina ke atas kembimbangan melampau (*Anxious Arousal*) dan kemurungan (*Depression*) dalam kalangan remaja mangsa selaras dengan hasil temubual pengkaji dengan subjek kajian yang mana respon ke atas sumber trauma sangat berbeza. Mangsa konflik merasakan semua yang terjadi ke atas dirinya perlu pembalasan sehingga ledakan kemarahan yang dia perlihatkan berbeza dengan ledakan kemarahan mangsa tsunami. Mangsa konflik ketika menceritakan perasaan yang masih ada dalam dirinya memperlihatkan ledakan kemarahan yang kuat sehingga muka, telinga dan mata memerah, sementara mangsa tsunami ledakan kemarahan memperlihatkan kesedihan yang sangat dalam, sehingga ia menunduk dan menitikkan air mata (Hatta, 2009). Apatah lagi bencana tsunami baru pertama kali terjadi di Aceh dan di alami oleh penduduk, sehingga semua masyarakat dunia mengambil berat keatas mangsa, dengan menyediakan berbagai bantuan yang boleh membuat masyarakat keluar dari suasana krisis. Namun sangat disayangkan bantuan yang diberikan hanya boleh menyokong kehidupan secara fizikal, sementara psikological terabaikan. Pemerintah dan masyarakat secara amnya begitu terlena dengan bantuan yang bersifat fizikal seperti gedung, pakaian dan pelbagai sarana dan prasarana untuk keperluan asas.

Bantuan asas yang diberikan berupa tempat tinggal, iaitu rumah sementara yang dinamakan pusat pengungsian, sambil menunggu rumah kekal yang dibina oleh pemerintah dan NGO. Keperluan asas yang lain seperti makan, pakaian kemudahan penyaluran bantuan kawangan kepada mangsa dan sebagainya. Dalam proses mendapat bantuan ini pun beberapa proses harus dilalui sehingga memerlukan masa lama seperti biokrasi. Hal ini tidak dapat dinafikan mangsa sedang mengalami proses integrasi dimana mereka memerlukan sokongan dari ahli keluarga, dari masyarakat, NGO dan juga pemerintah, psikological, psikiatri dan kaunselor serta bantuan-bantuan moral dan sosial yang lain. Kenyataan ini disokong oleh data dari Departemen Sosial Republik Indonesia, yang diberitakan dalam Akbar Kompas pada 27 Januari 2006 jumlah pengungsi anak korban tsunami Aceh & Nias seramai 6.995 jiwa yang terdiri dari 53% lelaki dan 47% adalah perempuan.

Norren (2004), Mat Saat Baki (2004) dan APA (2005) menyatakan bahawa mangsa bencana alam yang membuat penyesuaian di tempat tinggal baru, dibantu untuk bertolak-ansur dengan persekitaran, memberi penghargaan dan mendorong perubahan tingkah laku serta diberi kemahiran-kemahiran baru untuk memulakan pekerjaan. Bantuan-bantuan ini boleh membantu peningkatan pemulihan dan mengurangkan tanda-tanda trauma dalam kalangan trauma kepada mangsa. Penangan ini pernah dilakukan oleh Yayasan Pusat Kajian Perlindungan Anak (Yys PKPA) Aceh, sejak tahun 2005 sampai 2010, mereka telah menangani 25 ribu lebih pengungsi anak-anak Aceh dengan membantu mangsa mengembangkan keterampilan diri, sedangkan psikological sedikit terabakan.

Gejala- gejala trauma yang dirasakan pada mangsa konflik dan tsunami bila tiada kawalan yang baik dan berterusan akan menyebabkan subjek kajian menjadi depresif. Bahagian Psikological dan Kaunseling Kementerian Pelajaran Malaysia (tt)



dalam buklet Informasi Psikological dan Kaunseling menyatakan depresif atau kecelaruan adalah satu keadaan di mana seseorang mengalami perubahan pada perasaan atau emosi yang bercelaru di antara keadaan terlalu sedih (depresif) atau terlalu gembira (manik), ia juga mungkin menunjukkan tanda-tanda psikosis halusinasi dan delusi. Tanda atau gejala yang ditimbulkan pada fasa depresif adalah gangguan perasaan seperti rasa sedih yang berpanjangan melebihi 2 minggu; gangguan fungsi kognitif berasa putus asa dan tidak ada harapan masa hadapan, berasa diri tidak berguna, tidak dapat di tolong lagi, pikiran ingin bunuh diri, hilang perasaan seronok, hilang penumpuhan pikiran, hilang minat untuk melakukan sebarang aktiviti.

Pada biologikal atau fizikal terlihat tanda atau gejala yang dimunculkan seperti hilang selera makan, turun berat badan, gangguan tidur, hilang nafsu seks, gangguan menstruasi bagi kaum wanita, mudah berasa letih dan tidak bertenaga. Dapatan yang signifikan pada kalangan remaja Aceh telah membuktikan bahawa mereka memerlukan kawalan yang berterusan daripada pakar profesional agar tidak menjadi remaja yang defresif.

Temuan tersebut menandakan bahawa remaja pelajar yang memiliki trauma signifikan secara skala validity, tidak mendapatkan rawatan psikologis sehingga mereka sudah mengkesan kepada trauma yang klinis. Kerana menurut Brierre (1995) skala klinikal adalah skala yang indikatornya dalah untuk mengukur trauma klinis. Jadi apabila subjek kajian merespon tinggi pada skala ini menunjukkan bahawa trauma sudah pada taraf kritikal atau boleh dikatakan bahawa subjek kajian mengalami gangguan psikological neurosis iaitu bentuk gangguan perilaku non psikotik yang ditandai oleh masalah-masalah yang melibatkan kecemasan. Begitu juga gangguan mental psikosis iaitu suatu bentuk gangguan perilaku yang ditandai oleh hendaya dalam

menginterpretasikan realitas dan kesulitan memenuhi tuntutan kehidupan sehari-hari (Nevid, 2005).

Simons dan Reidy (1968) (dalam Tan, 1998) menyatakan kebimbangan wujud akibat terlalu memikirkan masa hadapan. Masa depan sesuatu yang tidak menentu dan sukar diramalkan. Masa depan juga dikatakan mudah dan cepat dijadikan sebagai kenyataan, maka kebimbangan tidak dapat dielakkan daripada berlaku. Perkara-perkara yang dipikirkan akan berlaku pada masa hadapan dan itu merupakan punca kebimbangan manusia yang tidak berkhir dan ia dipengaruhi oleh situasi dan realiti masa kini (Tan, 1998). Bila mengikut kenyataan ini maka tidak heran bila kalangan remaja Aceh masih mengalami kebimbangan kerana kondisi realiti sekarang mempengaruhi psikological, dimana masih kerap terjadi konflik, gempa dan berbagai masalah sosial yang terjadi telah membuat mereka bimbang keatas masa hadapan. Kebimbangan ini semakin teruk kerana tidak mendapatkan rawatan yang baik sehingga mereka masih mengalami perasaan ketidak-pastian dalam menata kehidupan yang akan datang.

Sementara itu kemurungan pula juga kerap dialami oleh kalangan remaja Aceh sekarang ini, kerana kesedihan, kepedihan dan rasa tidak selesa yang mereka rasai tidak ada yang memberi perhatian dan sokongan yang memadai baik dari keluarga, persekitaran, mahupun pihak yang berkuasa, sehingga mereka boleh keluar dari perasaan tersebut. Gillett (1987) menyatakan kemurungan tetap akan berlaku tanpa disedari terutama apabila terdapat tekanan dan perjalanan hidup yang tragis. Tekanan yang dialami tidak dirawat dengan berkesan akan menyebabkan kemurungan berlaku lebih awal kepada diri seseorang.

Kenyataan tersebut di sokong hasil temubual pengkaji dengan kalangan remaja *punk* (remaja yang bergaya sangat mencolok, seperti rambut diberi pewarna merah,

kuning bermacam,macam, dan diberi jeli hingga tegak) yang dikumpulkan oleh pemerintah Kota Banda Aceh untuk di beri pertolongan bantuan layanan psikological agar mereka mejadi remaja yang baik dan sesuai berdasarkan norma agama dan sosial kemasyarakatan (Hatta, 2012). Hasil temubual tersebut mendapati bahawa remaja *punk* mengakui mereka kecewa dengan keluarga, masyarakat dan pemerintah yang tidak pernah mahu mendengarkan keluhan sedih mereka, sehingga kumpulan *punk* lah yang telah merawat dan menampung semua keinginan kami, jadi janganlah salahkan kami kerana kami sudah selesa dengan kumpulan *punk* ini. Hal ini menunjukkan bahwa kalangan remaja di Aceh ada yang mengalami kemurungan akibat kekecewaan diri.

Gangguan kemurungan (*depression*) adalah sejenis penyakit mental yang melibatkan badan, perasaan dan fikiran. Antara cirinya adalah ia bukan bersifat sementara dan juga bukan sesuatu yang boleh di tamatkan atau dihilangkan dengan keinginan semata-mata. Individu yang murung tidak dapat pulih dengan sendiri kecuali dengan bantuan pakar dan ubat-ubatan. Jika kemurungan ini tidak dirawat, ia boleh berpanjangan beberapa bulan atau tahun malah ia boleh menyebabkan penyakit fizikal dan meningkatkan resiko bunuh diri (Rosnani, 2005). Ciri utama fasa kemurungan ialah individu mengalami perasaan sedih yang amat menyesakkan. Merereka yang mengalami kemurungan mempunyai petanda-petanda berikut iaitu berasa hilang tenaga untuk melakukan sesuatu, hilang minat dengan aktiviti harian seperti makan dan minum, berasa diri tidak lengkap, mudah menangis, berasa pesimis, berasa tidak bermaya, berasa sunyi, sepi, suka bersendirian dan cuba mengelakkan diri daripada berinteraksi dengan orang lain (Ramli,1990).

#### **5.4 Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Skala Klinik Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder*(PTSD) Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.**

*Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* adalah stres yang terjadi setelah berlaku peristiwa traumatik pada diri individu. Kaplan (1998) menyatakan PTSD merupakan sindrom kecemasan, labiliti autonomik, ketidakrentanan emosi, dan kilas balik (*flash back*) dari pengalaman yang amat pedih setelah tekanan fizikal mahupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa. PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa kita, PTSD juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatik dengan tidak memandang usia dan jenis kelamin. Nevid (2005) menyatakan PTSD adalah suatu reaksi maladaptif yang berkepanjangan terhadap suatu peristiwa traumatik.

Roan (2003) menyatakan trauma bererti cedera, kerosakan jaringan, luka atau *shock*. Sementara trauma kejiwaan dalam psikological diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar. Hikmat (2005) mengatakan PTSD adalah sebuah kondisi yang muncul setelah pengalaman luar biasa yang mencekam, mengerikan dan mengancam jiwa seseorang, misalnya peristiwa bencana alam, kemalangan teruk, *sexual abuse* (kekerasan seksual), atau perang. *National Institute of Mental Health* (NIMH) mendefinisikan PTSD sebagai gangguan berupa kecemasan yang timbul setelah seseorang mengalami peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fizikal. Peristiwa trauma ini boleh berupa serangan kekerasan, bencana alam yang menimpa manusia, kecelakaan atau perang (Anonim, 2005d).

Perilaku *stress* yang dinyatakan di atas merupakan suatu respon yang lazim bagi orang-orang yang mengalami banyak peristiwa traumatik. Brealey (2006) menyatakan

bahawa tekanan (*stress*) adalah tindak balas fisiologi tubuh terutama kepada peristiwa-peristiwa yang kelihatan mengancam, mencabar atau melibatkan perubahan. Semakin meningkat kadar dan waktu bekerja untuk perubahan hidup semata-mata, telah menghantar tahap tekanan kita melambung tinggi, yang mewujudkan satu wabah penyakit berkaitan dengan tekanan (*stress*). Bila terdapat media yang baik, ia adalah mudah untuk lupa maka tekanan (*stress*) boleh menjadi positif dan negatif tergantung daya tindak yang dilakukan. Zainah (2002) menyatakan daripada hasil kajiannya bahawa daya tindak sokongan sosial yang logik, pengurusan masa dan penglibatan pekerja profesional lebih kerap dapat menangani stres. Kerana stres adalah satu fenomena yang penting dan dikaitkan dengan individu dari aspek prestasi kerja, kesihatan, kualiti hidup dan tahap produktiviti (Sutherland & Cooper, 1990). Selajutnya Cohen dkk (1993) (dalam David, 2005) menyatakan sumber-sumber psikological dari stress tidak hanya menurunkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri, tetapi secara tajam juga mempengaruhi kesihatan. Banyak, bahkan hampir semua penyakit fizikal yang datang memeriksakan diri kepada pakar perubatan berkaitan dengan stress, dan dapat meningkatkan resiko terkena berbagai jenis penyakit fisik dari mulai gangguan pencernaan sampai pada sakit jantung.

Berdasarkan kenyataan di atas, maka kondisi Aceh pasca konflik bersenjata dan tsunami, yang telah menghancurkan harta benda, menghilangkan banyak nyawa sehingga memerlukan masa yang lama untuk menata hidup agar lebih selesa akan meningkatkan tekanan (stres) dalam masyarakat dan bila berterusan akan mengalami banyak penyakit fizikal dan mental apalagi tidak mendapatkan sokongan dari pihak keluarga, persekitaran dan penguasa. Taniza (2008) menyatakan secara semulajadi tragedi yang menyebabkan kematian dan kehilangan pelbagai keadaan dalam tiga kategori trauma iaitu; (1) trauma bahaya yang disebabkan ancaman dalam kehidupan seseorang, (2) trauma kehilangan disebabkan kehilangan orang yang disayangi atau

menyaksikan kejadian tersebut, dan (3) trauma disebabkan tanggung jawab yang membuat tekanan psikological, menurunnya sistem kepercayaan untuk berhadapan dengan keadaan yang membahaya.

Selanjutnya, Hikmat (2005) menyatakan tiga jenis gejala yang kerap terjadi pada penderita PTSD adalah, **pertama**, pengulangan pengalaman trauma, ditunjukkan dengan selalu teringat akan peristiwa yang menyedihkan yang telah dialami itu, *flashback* (merasa seolah-olah peristiwa yang menyedihkan terulang kembali), *nightmares* (mimpi buruk tentang kejadian-kejadian yang membuatnya sedih), reaksi emosional dan fizikal yang berlebihan karena dipicu oleh kenangan akan peristiwa yang menyedihkan. **Kedua**, penghindaran dan emosional yang dangkal, ditunjukkan dengan menghindari aktiviti, tempat, berpikir, merasakan, atau percakapan yang berhubungan dengan trauma. Selain itu juga kehilangan minat terhadap semua hal, perasaan terasing dari orang lain, dan emosi yang dangkal. **Ketiga**, Perasaan sensitif yang meningkat, ditunjukkan dengan susah tidur, mudah marah/tidak dapat mengendalikan marah, susah berkonsentrasi, kewaspadaan berlebihan, respon yang berlebihan atas segala sesuatu.

Untuk melihat sama ada subjek kajian mengalami PTSD, Briere (1995) telah membuat tiga indikator yang dapat mengukur simptom yang berlaku pada diri seseorang iaitu *Intrusive Exferience* (IE), *Defensive Avoidance* (DA) dan *Dissociation* (DIS). Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan bahawa subjek kajian mengalami PTSD. Keputusan kajian hipotesis (Ho.1 dan Ha.1) terkait dengan tiga indikator PTSD menunjukkan terdapat kesan trauma yang signifikan pada indikator PTSD iaitu *Intrusive Experiencie* (IE), *Devensive Avoidance* (DA) dan *Dissociation* (DIS). Dapatan menunjukkan  $p < .05$ . Keputusan (Ho.2 dan Ha.2) tahap trauma dalam kalangan remaja Sekolah Menengah purrata berada pada peringkat sederhana, walaupun dapatan juga memperlihatkan taraf rendah dan tinggi tetapi tidak begitu signifikan, dilihat baik

berdasarkan pada wilayah, sumber trauma dan jantina. artinya subjek kajian tidak begitu ramai pada peringkat ini. Keputusan ujian (Ho.3 dan Ha.3) terdapat perbezaan yang signifikan tahap trauma ke atas dimensi PTSD pada semua wilayah, sumber trauma adalah diterima sedangkan jantina ada yang diterima ada yang ditolak pada beberapa indikator. Keputusan ujian (Ho.4 dan Ha.4) menunjukkan wilayah, sumber trauma dan jantina ke atas dimensi PTSD ada yang diterima ada yang ditolak. Artinya wilayah, sumber trauma dan jantina ada yang berhubungan ada yang tidak. Begitu juga keputusan ujian (Ho.5 dan Ha.5) menunjukkan bahawa dapatan wilayah, sumber trauma dan jantina ada yang member sumbangan ada yang tidak.

Keputusan kajian di atas menunjukkan remaja yang menjadi mangsa konflik dan tsunami di Aceh juga masih mengalami kesan trauma, pada tahap purata peringkat sederhana dengan perbezaan yang sangat signifikan pada semua wilayah, terutama Bireun Aceh Selatan dan Abdya pada dimensi PTSD, pada aras 95% . Dapatan kajian ini di sokong oleh dapatan kajian dari hasil temubual pengkaji keatas subjek kajian bahawa mereka kerap mengalami mimpi buruk, rasa marah tanpa sebab, tiba-tiba sedih, kerap mengeluarkan peluh, badan kerap gementar, tiba-tiba ingin menjerit sekuat-kuatnya untuk melepaskan rasa geram dalam hati, walaupun hal ini telah lama berlaku tapi kami masih merasainya. Keadaan ini selaras dengan pendapat Breslau et al. (1997) (dalam Tehrani, 2004) menyatakan bahawa pasca trauma atau *Post-traumatic* berlaku secara signifikan kepada mangsa selepas enam bulan kejadian, setahun atau selama bertahun-tahun dimana mangsa masih mempunyai ingatan terhadap pengalaman trauma, keadaan ini akan memberi kesan ke atas mangsa.

Selain itu temuan ini juga disokong dengan temuan dari Para ahli klinis pada program *autreach* kesehatan mental IOM di Bireun menumukan bahwa masalah-masalah yang diidentifikasi dalam survey *Psychological Needs Assessment* (PNA)

banyak ditemukan bahwa warga menderita masalah kesehatan mental. Gejala PTSD kerap ditemukan hampir seperempat (23%) dari pasien-pasien memenuhi kriteria PTSD, dan 42% dirawat untuk kesehatan mental dan penyakit ini terkait dengan trauma yang berhubungan dengan konflik. Trauma fizikal pada kepala tanpaknya merupakan sebuah fenomena klinis yang penting, dimana para pasien menyampaikan mereka mengalami gejala yang berkesinambungan sejak di pukul dan disiksa. Depresi klinis kerap dijumpai dan kerap sekali diasosiasikan dengan kenangan traumatik masa konflik, disertai isolasi sosial dan keterpisahan di tengah komuniti, dan disertai pula dengan hilangnya harta dan kehancuran perekonomian yang dilakukan terhadap komuniti-komititi tersebut (IOM, 2007). Jadi bila remaja sekarang mengalami PTSD, hal ini kemungkinan datang dari keluarga- keluarga yang dulunya juga mengalami PTSD.

Dapatan lain dari hasil temu bual bahawa mangsa belum ada penanganan secara psikological, baik oleh keluarga, orang persekitaran mahupun pihak penguasa. Dalam mangsa konflik dan tsunami di Aceh sepatutnya sudah ada pengawalan untuk mengurangi simptom trauma pada mangsa, tetapi ini belum ada penanganan baik oleh keluarga mahupun masyarakat dan pemerintah. Taniza (2007) menyatakan sepatutnya pengurusan trauma lebih bersepadu atau *integrated* dengan ahli-ahli masyarakat dalam bidang-bidang tertentu secara holistik, kerana pengurusan trauma yang bersepadu akan memberi pengitmatan yang berterusan seperti pemulihan dalam aspek psikological, pengurusan pra-hospital, memberi semangat dan kestabilan emosi, sokongan moral, membantu proses integrasi kepada mangsa untuk kembali kepada kehidupan normal selepas kemalangan dengan ahli masyarakat.

Begitu juga, Christie (2000) menjelaskan pengurusan trauma harus dibangunkan secara berterusan dengan melibatkan pakar-pakar perubatan, NGO, ahli masyarakat, pekerja sosial, kaunselor, psikolog dan organisasi di tempat kerja mangsa serta ahli



keluarga. PTSD memiliki gejala yang menyebabkan gangguan. Umumnya, gangguan tersebut adalah *panic attack* (serangan panik), perilaku menghindar, depresi, membunuh pikiran dan perasaan, merasa disisihkan dan sendiri, merasa tidak percaya dan dikhianati, mudah marah, dan gangguan yang berarti dalam kehidupan sehari-hari (Anonim, 2005b). *Panic attack* (serangan panik). Kalangan remaja yang mempunyai pengalaman trauma dapat mengalami serangan panik ketika dihadapkan atau menghadapi sesuatu yang mengingatkan mereka pada trauma. Serangan panik meliputi perasaan yang kuat atas ketakutan atau tidak nyaman yang menyertai gejala fisik dan psikological. Gejala fisik meliputi jantung ber-debar, berkeringat, gemetar, sesak nafas, sakit dada, sakit perut, pusing, merasa kedinginan, badan panas, mati rasa. Hal ini terlihat dari hasil temubual pengkaji dengan subjek kajian dalam kajian bentuk-bentuk pengalaman traumatik pada remaja mangsa konflik dan tsunami (Hatta, 2009). Trauma yang klinikal bila tidak dirawat akan menimbulkan berbagai gangguan *Dysphoric Mood*

Perilaku menghindar (*Defensive Avoidance*) merupakan salah satu gejala PTSD iaitu mangsa menghindari hal-hal yang dapat mengingatkannya pada kejadian traumatik. Kadang-kadang penderita mengaitkan semua kejadian dalam kehidupannya setiap hari dengan trauma, padahal kondisi kehidupan sekarang jauh dari kondisi trauma yang pernah dialami. Hal ini menjadi lebih parah sehingga penderita menjadi takut untuk keluar rumah dan harus ditemani oleh orang lain jika harus keluar. Selain daripada itu ramai orang menjadi depresi setelah mengalami pengalaman traumatik dan menjadi tidak tertarik dengan hal-hal yang disenanginya sebelum trauma. Mereka mengembangkan perasaan yang tidak benar, perasaan bersalah, menyalahkan diri sendiri, dan merasa peristiwa yang dialami merupakan kesalahannya, walaupun semua itu tidak benar. Membunuh pikiran dan perasaan, kadang-kadang orang yang depresi berat, merasa bahwa kehidupannya sudah tidak berharga. Kerentanan terhadap PTSD kemungkinan tergantung pada faktor-faktor seperti resiliensi dan kerentanan terhadap

efek trauma, riwayat penganiayaan sexual pada masa kanak-kanak, keparahan trauma, derajat pemaparan, ketersediaan dukungan sosial, penggunaan respon coping aktif dalam menghadapi stresor traumatik, dan perasaan malu (Adrews et al., 2000; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Nishith, Mechanic, & Resick, 2000; Prigerson et al., 2001; Regehr, Hill, & Clancy, 2000; Sharkansky et al., 2000; Silva et al., 2000; dalam Nevid, 2005).

Berdasarkan keputusan kajian pada skala klinikal di atas, dimana masih berlaku kesan trauma yang sangat signifikan pada dimensi *dysphoric mood* dan *post traumatic stress disorder* (PTSD) maka sudah sepatutnya harus segera dilakukan pengkawalan secara profesional agar tidak terjadi gangguan jiwa, kerana berdasarkan data statistik Dinas Kesehatan Provinsi Aceh gangguan jiwa semakin meningkat. Ini dibuktikan bahawa jumlah pasien rawatan jiwa seramai 14.892 kes pada tahun 2010 dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 17.306 kes. Kes terbanyak dilaporkan dari wilayah Aceh Utara, Bireun, Pidie, Aceh Besar dan Aceh Selatan. Untuk lebih jelas lihat Jadual 5.2.

Jadual 5.2. Jumlah Kes Gangguan Jiwa Berdasarkan Wilayah Tahun 2010 dan 2011 di Provinsi Aceh.

Peringkat	Wilayah/Kabupaten	Jumlah Kes		
		2010	2011	+ / -
1	Aceh Utara	2090	2357	+ 267
2	Bireun	2024	2069	+ 45
3	Pidie	1850	2130	+ 280
4	Aceh Besar	1535	1910	+ 375
5	Aceh Selatan	900	741	- 159
6	Aceh Barat	771	1170	+ 399
7	Aceh Timur	586	675	+ 89
8	Kota Banda Aceh	511	741	+ 230
9	Pidie Jaya	446	568	+122
10	Aceh Jaya	409	427	+ 18
11	Lhokseumawe	401	516	+ 115
12	Abdya	395	628	+233

Sumber. Dinas Kesehatan, tahun 2010 dan 2011 (dalam CMHN, 2010 dan TPKJM, 2011)

Berdasarkan Jadual 5.2 di atas menunjukkan wilayah-wilayah yang tinggi gangguan jiwa. Tingginya kes ini sangat berhubungan dengan situasi yang kurang kondusif terutama pada masa Darurat Militer (DOM) dan konflik. Dari total kes di atas 10.028 kes ditangani oleh petugas kesihatan yang terlatih, 93 kes pasung (TPKJM, 2011). Bila dilihat dari data ini, sangat selaras dengan temuan kajian bahawa perbezaan tahap trauma berdasarkan ujian *post hoc* sememangnya wilayah-wilayah yang tinggi angka tersebut adalah wilayah yang paling kentara berbeza dengan kabupaten lainnya. Oleh kerana itu sepatutnya wilayah ini merupakan fokus utama untuk pertolongan dan sokongan dari pelbagai pihak.

#### **5.5. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Keatas Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.**

*Sexual Dysfunction* adalah gangguan fungsi seksual atau ketidakfungsian alat-alat yang berhubungan dengan gairah, nafsu untuk melakukan hubungan seksual. Ketidakfungsian ini kerap diakibatkan oleh trauma yang berkaitan dengan kekerasan seksual, masa kecil atau hal yang berhubungan dengan kekerasan seksual yang tiba-tiba seperti perkosaan dan pelecehan. Nevid (2005) menyatakan *sexual dysfunctions* ialah meliputi dengan minat, rangsangan atau respons seksual. Kes disfungsi seksual tersebar dalam masyarakat, dialami oleh 43% perempuan dan 31% menurut survei nasional AS terbaru. Gangguan ini kerap kali merupakan sumber distres bagi orang-orang yang mengalaminya dan bagi pasangan mereka. Ada beberapa tipe disfungsi seksual, tetapi semuanya cenderung memiliki sejumlah ciri yang sama, (Launmann, Paik & Rosen, 1999).

Supardi & Sadarjoen (2006) menyatakan gangguan seksual pada dasarnya adalah setiap bentuk perilaku yang memiliki muatan seksual yang dilakukan seseorang atau sejumlah orang, namun tidak disukai dan tidak diharapkan oleh orang yang

menjadi sasaran sehingga menimbulkan akibat negatif, seperti: rasa malu, tersinggung, terhina, marah, kehilangan harga diri, kehilangan kesucian, dan sebagainya, pada diri orang yang menjadi korban, dan biasanya akan mengalami stres berat. Menurut Cooper (1988) menyatakan stres ialah persepsi negatif terhadap kualiti yang menghasilkan daya tindak yang tidak mencukupi atau kurang terhadap sumber tekanan dan mempunyai kesan yang negatif kepada kesehatan mental dan fizikal. Kesan stres ke atas individu dan keluarga samaada fizikal, tingkah laku, mahupun mental.

Selanjutnya, Supardi dan Sadarjoen (2006) menyatakan walaupun sebagian besar korban gangguan seksual dan perkosaan adalah wanita, akan tetapi dalam beberapa kes, laki-laki juga dapat menjadi mangsa gangguan seksual yang umumnya dilakukan oleh laki-laki juga. Pada sebagian besar kes, perkosaan dilakukan oleh orang sudah sangat dikenal oleh mangsa, misalnya teman dekat, kekasih, saudara, ayah (tiri maupun kandung), guru, pemuka agama, atasan. Sedangkan sebagian kes lainnya, perkosaan dilakukan oleh orang-orang yang baru dikenal dan nampak sebagai orang baik-baik yang menawarkan bantuan, misalnya menghantarkan korban ke suatu tempat. Kenyataan ini di sokong berdasarkan data yang tercatat pada Unit Perlindungan Perempuan dan Anak Polda Aceh (UPPA) pada tahun 2011 sebanyak 196 kes terkait kasus kekerasan seksual pada anak dibawah umur seperti pencabulan, rogol dan 215 kes pada tahun 2012 (Temubual pengkaji dengan Ketua UPPA Polda Aceh, Elfiana).

Gangguan seksual yang terjadi pada kanak-kanak seperti di atas sememangnya memberi kesan negatif ke atas psikologikalnya. Mereka akan diliputi perasaan dendam, marah, penuh kebencian yang tadinya ditujukan kepada orang yang melecehkannya dan kemudian menyebar kepada objek-objek atau orang-orang lain. Menurut Pilowsky (1997) kecemasan yang tinggi juga akan menurunkan nafsu seksual. Gangguan seksual dan perkosaan dapat menimbulkan efek trauma yang mendalam pada korban. Mangsa

gangguan seksual dan perkosaan dapat mengalami stres akibat pengalaman traumatik yang telah dialaminya. Gangguan stres yang dialami mangsa gangguan seksual dan perkosaan kerap kali disebut Gangguan Stres Pasca Trauma (*Post Traumatic Stress Disorder* atau PTSD). Briere (1995) telah merumuskan dua indikator iaitu *Sexual Concerns* (SC) dan *Dysfunction Sexual Behavior* untuk mengenal pasti sama ada subjek kajian mengalami *sexual dysfunction*, atau tidak. Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan subjek kajian mengalami *Sexual Dysfunction*.

Keputusan ujian hipotesis delapan (Ho.8 dan Ha.8) menunjukkan terdapat kesan trauma yang sangat signifikan pada indikator *Sexual Concerns* (SC) dan *Dysfunction Sexual Behavior* (DSB). Dengan dapatan  $P < 0.05$ . Keputusan ujian hipotesis dua (Ho.9 dan Ha.9) menunjukkan tahap trauma pada semua kabupaten berada pada taraf sederhana. Keputusan ujian hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan pada semua wilayah, sumber trauma dan Jantina hanya pada DA. Keputusan ujian hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) wilayah sumber trauma, tidak berkorelasi dengan *sexual dysfunction* pada indikator SC dan DSB dan jantina berkorelasi sangat signifikan. Keputusan ujian hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) wilayah, sumber trauma adalah di tolak, sementara itu pada jantina adalah diterima kerana memberikan sumbangan 17,5% ke atas indikator *Sexual Concerns* dan 20,9% pada *Dysfungsi Sexual Behavior*.

Maknanya kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh masih mengalami kesan trauma pada dimensi *Sexual Dysfunction* di peringkat rendah pada semua wilayah dengan peratus yang berbeza secara signifikan. Dapatan ini selaras dengan hasil temu bual bahawa ada beberapa subjek kajian yang mengalami perkosaan dan melihat keluarga dekat diperkosa sehingga sampai tempoh temubual mereka menyatakan sulit melupakan kejadian pahit tersebut. Dan dua orang subjek kajian

menyatakan dia tidak mahu menikah kerana takut dan cemas kalau-kalau nanti dia dihina atau tidak dapat melakukan hubungan seksual kerana benci terhadap lelaki. Simptom ini seharusnya sudah ada cara untuk mengkawalnya, namun untuk remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh ini belum ada yang melakukan secara profesional, hanya ada dilakukan oleh beberapa NGO tempatan yang membuka kaunseling individual tetapi kes seksual ini sangat sensitif, kerana menyangkut dengan maruah seseorang, untuk masyarakat Aceh belum banyak yang faham erti kaunselor dalam pengurusan psikological.

#### **5.6. Perbincangan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinikal Keatas Dimensi *Self Dysfunction* Kalangan Remaja Pelajar Sekolah Menengah Berdasarkan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.**

*Self dysfunction* ialah ketidakfungsian diri. Orang –orang yang mengalami ini adalah mereka yang selalu menganggap dirinya tidak berguna (*imperial*). Ketidakfungsian emosi boleh menyebabkan mangsa hilang minat untuk bergembira, belajar, bekerja dan melakukan aktiviti sosial atau spritual (Jones & Davies, 1999). Kegagalan ini boleh menjejaskan prestasi pelajaran mangsa remaja dan terbantutnya visi sendiri masa hadapan. Mangsa yang tidak dapat mengurus emosi bermakna mereka tidak mengenali emosi diri mereka dan emosi orang lain, malah kecekapan sosial juga menjadi rendah kerana mereka tidak mahir bergaul secara sempurna atau normal (Dalai Lama & Goleman,D, 2003).

Gangguan ini dapat dikatakan kecelaruan emosi, Sue dan Sue (1994) mentakrifkan kecelaruan emosi adalah satu gangguan emosi yang mengakibatkan ketidakselesaian subjektif kepada seseorang atau mengganggu kelancaran norma kehidupannya ataupun keduanya. Kecelaruan ini berteraskan kepada kemurungan dan maniak. Kemurungan digambarkan melalui kesedihan mendalam, berasa putus asa, dan tidak bermaya lagi untuk hidup dan seterusnya menarik diri daripada pergaulan.

Manakala mania pula digambarkan melalui mood gembira yang terlonjak, suka membelanjakan wang dan berakhir dengan heper aktif. Monton (1974) menyatakan kemurungan sekatika adalah reaksi normal tatkala individu melalui masa-masa kesedihan seperti kematian, kegagalan dalam peperiksaan atau masalah kewangan, tetapi akan menjadi tidak normal jika kemurungan itu berlanjutan sehingga menyebabkan mereka kehilangan berat badan, demam, tidak dapat makan dan tidur. Keadaan tersebut sama seperti yang dirasakan remaja yang menjadi mangsa di Aceh selepas mengalami peristiwa konflik dan tsunami.

Selanjutnya, Monton (1974) membahagikan kemurungan kedalam dua jenis iaitu kemurungan neurotik dan psikotik. Kemurungan neurotik adalah kemurungan ringan, ia terjadi kerana ransangan-rangsangan situasi persekitaran yang tidak gembira dan membuat respon yang keterlaluan daripada individu. Manakala kemurungan neurotik adalah kemurungan yang lebih berat kerana berpunca daripada keadaan dalaman seseorang individu. Nevid (2005) menyatakan neurosis adalah bentuk gangguan perilaku non psikotik yang di tandai oleh masalah-masalah yang melibatkan kecemasan. Sedangkan psikosis adalah suatu bentuk gangguan perilaku yang ditandai oleh hendaya dalam menginterpretasi realitas dan kesulitan memenuhi tuntutan kehidupan sehari-hari.

Briere (1995) telah merumuskan dua indikator iaitu *Impaired Self Reference* (ISR) dengan simptom: berasa diri hampa, merasa tidak mengenal diri sendiri, tidak mengerti kenapa melakukan sesuatu, tidak pasti yang yang diinginkan dalam hidup, memerlukan orang lain untuk memberitahukan apa yang harus dilakukan, merasa bingung dengan apa yang dipercayai, perasaan bercampur aduk dengan perasaan orang lain, fikiran dan perasaan berubah ubah dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) dengan simptom: mengancam atau mencoba bunuh diri, suka mencari pertengkaran atau keributan untuk melampiaskan kemarahan, menggoda orang untuk menghilangkan rasa

sepi, berteriak atau memarahi orang padahal tidak ingin melakukannya, marah yang tidak diinginkannya, merasa marah dalam diri, ingin memukul seseorang atau sesuatu, kesulitan mengendalikan kemarahan. Indikator ini adalah untuk melihat samaada subjek kajian mengalami trauma dimensi *Self Dysfunction* atau tidak. Dapatan respon yang tinggi menunjukkan subjek kajian mengalami trauma pada dimensi ini.

Keputusan ujian hipotesis (Ho.8 dan Ha.8) menunjukkan terdapat kesan trauma yang signifikan pada indikator *Impaired Self Reference* (ISR) dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) kerana perolehan  $p < .05$ . Keputusan ujian hipotesis (Ho.9 dan Ha.9) menunjukkan terdapat tahap trauma dalam peringkat sederhana pada kalangan remaja korban konflik dan tsunami di Aceh. Keputusan ujian hipotesis (Ho.10 dan Ha.10) menunjukkan terdapat perbezaan yang signifikan pada semua wilayah, sumber trauma dan jantina, walaupun jumlah peratus berbeza. Keputusan ujian hipotesis (Ho.11 dan Ha.11) wilayah, tidak berkorelasi dengan skala klinikal pada indikator ISR dan TRB, tetapi pada sumber trauma berkorelasi dengan indikator ISR sebesar 0.80\*\* dan pada jantina berkorelasi pada TRB sebesar 0.109\*\*. Keputusan ujian hipotesis (Ho.12 dan Ha.12) menunjukkan jantina memberi sumbangan keatas indikator TRB sebesar 10.9% dan tidak memberi sumbangan indikator ISR . Dapatan ini bermakna kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh mengalami kesan trauma yang signifikan pada taraf yang sederhana dengan jumlah peratus pada setiap wilayah, terutama Bireun, Aceh Selatan dan Abdya, sumber trauma dan jantina adalah berbeza.

Respon yang berbeza pada setiap wilayah dan sumber trauma, serta jantina, merupakan sesuatu yang boleh berlaku ke atas mangsa, kerana dari budaya, gaya hidup masyarakat akan membentuk perilaku seseorang. Begitu juga ketika menghadapi sesuatu ancaman, mereka akan merespon sesuai dengan apa yang telah mereka terima dalam kehidupan seharian. Hal ini selaras dengan dapatan temubual pengkaji dengan



subjek kajian iaitu respon mangsa secara verbal memperlihatkan sesuatu yang berbeza antara konflik dan tsunami, antara lelaki dan perempuan. Contoh pada mangsa konflik mereka menyatakan marah, geram dan benci seperti ledakan, sementara pada mangsa tsunami lemah, lesu dan sedih. Hal yang lebih kentara adalah ketika mangsa konflik dan mangsa tsunami mendengar suara ledakan, maka serta merta mereka yang mangsa konflik langsung meniarap kelantai, mangsa tsunami pula langsung mencari tempat tinggi untuk mencari selamat (Hatta, 2009).

Keadaan tersebut dinamakan *Comorbidity* dengan PTSD, Kessler et al. (1995) mangsa konflik bersenjata dan tsunami mungkin sudah mengalami PTSD kerana tidak ditangani, maka timbul panik, phobia, sosial, *conduct disorder*, *Intrusive*, terutama kejadian- kejadian yang boleh mengingatkan kepada tragedi, mangsa *comorbid* biasanya juga akan mengambil dadah untuk menghilangkan respon trauma. Selain dari pada itu, ia mentakrifkan juga bahawa proses pemulihan kesedihan kerana berkabung berbeza dari satu budaya ke budaya lain. Dalam dunia moden di barat akan berlaku dengan pantas apabila dapat sokongan sosial.

Dalam DSM IV telah memberi panduan kepada profesional penolong kesihatan mental, kemurungan besar (*despression mayor*) berlaku lebih 2 bulan, terutama bila mangsa mempunyai perasaan yang kuat terhadap rasa bersalah, tidak mampu bekerja, rasa tidak berguna, ada keinginan membunuh diri dan lain- lain dari simptom kemurungan berat. Perkara yang sama juga telah dibincangkan oleh Freckelton (1998) (dalam Tehrani, 2004) iaitu konflik bersenjata dan bencana tsunami telah lebih 5 tahun berlalu tetapi tahap respon masih tinggi, ini bermakna mangsa belum masuk dalam fasa pemulihan. Mereka masih *bargening* (tawar menawar) dalam suka dan duka, mau sembuh dan dalam waktu yang sama belum mampu melupakan peristiwa pahit (Mat Saat Baki & Siti Taniza, 2005).

Keane et al. (1989) telah membangunkan alat ujian psikological bagi melihat pengalaman dan pendedahan kejadian trauma akibat perang, alat ini dinamakan *Combat Apxposure Scala* (CES) terhadap perang dan konflik di kalangan tentera perang Teluk, Somalia, Etnik di Somalia. Mereka di temuduga secara berstruktur klinikal, *self report*, *psychososiological* dan *psychobiological* bagi mengenal pasti sama ada mereka ini mempunyai trauma atau stress yang acut. Berbanding perang Vietnam yang sememangnya mengalami PTSD kerana kecederaan dan lamanya perang bersenjata yang berpanjangan ini, ternyata mempunyai kesamaan konflik bersenjata di Aceh.

Dapatan kajian Keane telah digunakan oleh angkatan tentera di US untuk membangunkan tahap ketahanan jiwa tentera bagi menghadapi kebarangkalian perang supaya mereka itu memiliki kekuatan mental dalam latihan ketentaraan mereka (Michell & Averly, 1993, dalam Tehrani, 2004). Maklumat ini boleh digunakan bagi menangani simptom trauma yang berkaitan dengan tahap respon dalam kalangan mangsa. Ini bermakna maklumat berkaitan kebarangkalian hasilan perang harus diterima sebagai kenyataan hidup mangsa di Aceh, walaupun mereka hanya menyaksikan dan ahli keluarga yang terlibat dengan konflik (GAM). Ketidakmampuan mangsa terhadap hasilan perang menyebabkan dendam membara dan sentiasa menafikan keadaan dirinya.

Mangsa dengan ISR dan TRB yang tinggi marah-marah untuk mempertahankan kesilapan, kegagalan dan kekurangan diri, mereka selalu cuba bersikap lawak-jenaka namun tetapi mempunyai nilai-nilai negatif kehidupan dalam diri, dan kadangkala berbuat tingkahlaku memusnah (*Vandalisme*). Tingkahlaku begini terjadi dalam kalangan mangsa membuli dan merempet atau melakukan kesalahan dan juga melanggar undang-undang pemerintah. Tingkahlaku ini menandakan tingkahlaku mangsa berkonflik dalam diri dan persekitaran akibat trauma yang tidak diurus secara sempurna

(Jongsma & Petterson 1999). Secara kesimpulan dikatakan dapatan kuantitatif adalah konsisten dengan dapatan kualitatif di kalangan subjek kajian mangsa sumber trauma serta menyumbang keatas trauma pada kalangan remaja yang belum selesai sehingga boleh menjadi PTSD, dan perlu dibuktikan perubatan klinikal.

Tehrani (2004) menyatakan bahwa pemulihan krisis trauma melalui 5 tahap iaitu: memberi pengembangan atau developmental program berkaitan dengan makna trauma simptom yang berkaitan serta cara-cara mengatasi tekanan dan trauma. Tahap 2 ialah *debriefing* iaitu tentang bagaimana ketua daerah melaksanakan proses dan peluang informasi pengurusan reaksi trauma, yang ketiga adalah *debriefing* dalam aspek psikological seperti diagnosa psikological dan pakar-pakar psiketris bagi mengenalpasti mangsa yang mengalami trauma major dan yang sudah pulih,. Tahap keempat dimana ketua daerah tempatan merujuk mangsa yang sesuai kepada pakar psikiatris. Tahap kelima pemantauan dan penilaian terhadap mangsa sama ada telah pulih dari PTSD atau yang mempunyai trauma rendah dan sederhana pada kehidupan asal. Jika PTSD belum sembuh maka rawatan dan pemantauan harus diteruskan.

Sementara itu, Charney (2004) menyatakan faktor yang dapat mengurangkan resiko PTSD adalah: Mencari sokongan daripada orang lain, seperti rakan-rakan dan keluarga, mencari kumpulan yang menyokong selepas peristiwa traumatik, perasaan yang baik mengenai tindakan sendiri dalam menghadapi bahaya, mempunyai strategi menghadapi keadaan yang buruk, atau mendapatkan pembelajaran daripada nya, kerana sebagian mampu untuk bertindak dan bertindak balas dengan berkesan walaupun perasaan takut. Everly (1993) berpendapat bahawa untuk benar-benar memahami sifat trauma psikologi dan PTSD, seseorang perlu mengkaji wujud dua faktor pilihan psikologi dan fenomena biologi. Flannery, (1994) menyatakan tiga fungsi domain manusia yang menyumbang kepada kesihatan baik fizikal dan mental: penguasaan yang

munasabah, menyanyangi orang lain, menentukan tujuan hidup yang bermakna dan penguasaan persekitaran yang munasabah dengan merujuk kepada keupayaan untuk membentuk dan memenuhi keperluan seseorang. Hasan Bin Ahmad Hammam et al, (2009) menyatakan pemerintah wilayah telah melaksanakan proses pemulihan trauma melalui peranan budaya. Dalam budaya Islam, peranan ibadah dapat menormalkan rasa konflik dan trauma dalam kalangan mangsa.. Amalan melalui ritual agama seperti majelis zikrullah, rukyah, sholat ghaib, sholat sholat yang boleh menghilangkan rasa ketidakstabilan emosi. Kaedah ini ternyata berkesan tetapi harus konsisten.

### **5.7. Rumusan**

Konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami yang terjadi di Aceh, adalah dua peristiwa traumatic yang boleh mengkesan berbagai aspek keatas masyarakat terutamanya kalangan kanak-kanak dan remaja. Kenyataan tersebut boleh dilihat dari hasil ujian yang telah diperbincangkan sesuai dengan sorotan literature, bahwa peristiwa tersebut secara keseluruhan telah mengkesan trauma yang signifikan ke dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah pada 12 wilayah kajian di Provinsi Aceh, dan kerana tidak ada pengkawalan dan penanganan yang berterusan, tepadu, terintegrasi dan sistematis oleh kaunselor, psikolog, psikiater, maka trauma yang mereka alami purrata sudah berada pada taraf yang sederhana, dan taraf ini boleh meningkat menjadi tinggi kalau tidak ada sokongan dari berbagai pihak. Tahap trauma yang dialami setiap kalangan remaja berbeda baik dilihat dari wilayah, sumber trauma dan jantina. Begitu pula wilayah sumber trauma dan jantina ada yang berhubungan signifikan dan ada yang tidak sama sekali, ada yang memberi sumbangan ada juga yang tidak sama sekali keatas tahap trauma pada skala validity dan empat dimensi skala klinikal iaitu: *Dysphoric Mood*, *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), *Sexual Dysfunction* dan *Self Dysfunction*.

## BAB VI

### KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN CADANGAN

#### 6.1 Pengenalan

Bahagian ini merangkumi kesimpulan dari hasil pembincangan keputusan kajian keatas 12 rumusan hipotesis, implikasi kajian serta beberapa cadangan untuk mengatasi masalah trauma dalam kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh, kerana dapatan penelitian tersebut boleh memberikan pertimbangan kepada pihak yang berkepentingan seperti Pemerintah agar supaya kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa dapat dirawat serta diberi perhatian dan sokongan yang lebih baik agar boleh membendung pelbagai masalah yang mungkin boleh ditimbulkan dalam kalangan remaja sebagai penerus bangsa masa hadapan. Kerana trauma yang tidak dikawal dan dirawat akan berkesan selamanya dan boleh membuat penderita secara berterusan akan mengalami stres pasca trauma atau *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Apabila ini terjadi kepada kalangan remaja di Aceh, maka harapan masyarakat untuk menyerahkan pembangunan bangsa kepada mereka menjadi suatu keinginan yang tanpa harapan atau sia-sia.

#### 6.2 Kesimpulan

Kalangan remaja pelajar Sekolah Menengah mangsa konflik bersenjata dan peristiwa tsunami di Aceh secara keseluruhan boleh dikatakan mengalami trauma. Kenyataan ini disimpulkan berdasarkan dapatan hasil ujian ke atas 12 rumusan hipotesis iaitu:

##### **6.2.1 Kesan Trauma Dalam Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata Tsunami, Konflik dan Tsunami Berdasarkan Skala Validiti dan Klinikal Trauma Symptom Inventory (TSI).**

Kesan trauma dalam kalangan remaja korban konflik dan tsunami di Aceh yang masih wujud dilihat daripada skala validiti dan klinikal adalah sangat signifikan, kenyataan

disimpulkan berdasarkan respons terhadap instrument TSI pada semua indikator masih menunjukkan nilai yang tinggi. Kenyataan ini boleh berlaku kerana kurang kawalan dari keluarga, kawan sebaya, lingkungan persekitaran dan pelbagai pihak lain yang berkaitan, sehingga kesan daripada konflik dan tsunami masih kekal didalam diri kalangan remaja tersebut.

#### **6.2.2 Tahap Trauma Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami Berdasarkan Skala Validiti dan Klinikal *Trauma Symptom Inventory* (TSI)**

Hasil ujian inferensi tahap trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami baik berdasarkan wilayah, sumber trauma, mahupun jantina purrata berada pada peringkat sederhana. Peringkat ini boleh menjadi peringkat tinggi bila tidak segera dilakukan kawalan secara berterusan dan bersesuaian dengan trauma yang dialami. Kawalan ini boleh dilakukan oleh keluarga dalam bentuk sokongan, perhatian dan juga kasih sayang, dan yang lebih berjaya lagi bila ada layanan konseling trauma yang dilakukan secara representative, sistematis dan professional, sehingga mangsa boleh pulih kembali dan dapat melakukan aktiviti yang berjaya dalam kehidupannya. Layanan konseling trauma ini sepatutnya dilakukan disekolah, dalam masyarakat dan difasilitasi oleh pemerintah Daerah sehingga boleh menjamin kekal layanan.

Pengkawalan yang dilakukan awal boleh menurunkan taraf trauma pada kalangan remaja mangsa, tetapi bila terlambat atau bahkan tidak pernah mendapat sokongan baik keluarga, teman dalam persekitaran baik dalam lingkungan formal mahupun informal, maka remaja mangsa boleh berlaku PTSD yang akan membahayakan keselamatan. Hal ini terbukti remaja mangsa purrata sekarang masih lagi trauma pada taraf sederhana dan akan naik menjadi taraf tinggi bila semua tidak mengambil berat keatas mereka.

### **6.2.3. Perbezaan Tahap Trauma Kalangan Remaja Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami di Aceh dilihat Dari Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina.**

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahawa perbezaan tahap trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh adalah sangat signifikan, dan dari ujian *post hoc* yang paling ketara perbezaan adalah wilayah Bireun, Aceh Selatan dan Abdyia dilihat berdasarkan skala validiti, dan klinikal standar TSI untuk mangsa konflik bersenjata. Sedangkan untuk mangsa tsunami yang paling ketara adalah Kota Banda Aceh. Tahap trauma yang berbeza pada semua wilayah tersebut merupakan sesuatu hal yang sewajarnya berlaku kerana secara budaya, demografi, pendidikan, tingkat konflik dan tsunami yang terjadi juga berbeza. Semakin sering berlaku konflik dalam suatu wilayah maka semakin parah trauma yang dialami. Seperti halnya dengan wilayah Bireun, Aceh Selatan dan Abdyia merupakan wilayah yang kerap kali berlaku perang senjata dan sayangnya daerah tersebut juga sulit mendapat sokongan dari pemerintah kerana secara demografi masa berlaku konflik bersenjata daerah ini sulit dijangkau dan juga sulit transportasi.

### **6.2.4. Hubungan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Trauma Kalangan Remaja Pelajar Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan konflik dan Tsunami**

Hasil ujian inferensi terkait hubungan wilayah, Sumber Trauma dan Jantina keatas tahap trauma remaja pelajar Sekolah Menengah yang menjadi mangsa konflik bersenjata, tsunami dan kedua-dua peristiwa tersebut di Aceh secara keseluruhan berdasarkan skala validiti menunjukkan ada yang berhubungan ada yang tidak sama sekali, seperti wilayah sangat berhubungan dengan *Atypical response* (ATR), perkara ini sangat lah logic kerana berkaitan dengan penerimaan dan penolakan orang ramai, sementara itu pula Response level (RL) sangat berhubungan dengan sumber trauma dan jantina. Manakala

dilihat dari *Inconsistent Response* (INC) langsung tak ada hubungan sama sekali kerana indikator ini hanya boleh di tentukan oleh mangsa itu sendiri.

Begitu pula pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* pada tiga indikator *Anxious Arousal* (AA), *Depression* (D) dan *Anger Irritability* (AI) menunjukkan bahawa yang ada berhubung kait hanya sumber trauma pada indikator AA dan D, dan Pada Jantina yang hanya berhubung kait pada *depression*, sementara indikator AI sama sekala tidak berhubung kait baik dengan wilayah, sumber trauma mahupun jantina. Dilihat pada *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) yang berhubung kait hanya pada sumber trauma, jantina hanya dengan DA, sementara wilayah tidak ada hubungan samasekali. Bila dilihat berdasarkan jantina sangat berhubung kait dengan *Sexual Concern* (SC) dan *Dysfunctional Sexual Behavior* (DSB). Dan pada dimensi *Self Dysfunction* yang memiliki hubungan hanya indikator ISR dengan sumber trauma dan TRB dengan Jantina, tidak berhubungan sama sekali dengan wilayah.

#### **6. 2.5. Sumbangan Wilayah, Sumber Trauma dan Jantina Ke atas Tahap Trauma Dalam Kalangan Remaja Pelajar Mangsa Konflik Bersenjata, Tsunami dan Konflik dan Tsunami di Aceh**

Hasil ujian inferensi terkait Sumbangan wilayah, sumber trauma, dan jantina ke atas tahap trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami secara keseluruhan berdasarkan skala validiti dan skala klinikal menunjukkan bahawa secara purrata ada yang memberi sumbangan adapula yang tidak. Kenyataan ini di simpulkan berdasarkan dapatan kajian pada beberapa indikator TSI. Sumbangan wilayah ke atas tahap trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenjata hanya pada indikator *Atypical Response* (ATR) *Response Level* (RL). Sedangkan Sumbangan Jantina hanya pada indikator *Response Level* (RL).

Besar kecilnya sumbangan wilayah, sumber trauma tidak terlepas daripada konstruksi budaya dari semua wilayah, kerana secara demografi berbeda, taraf dalam



pendidikan akan memperlihatkan pemahaman yang berbeza tidak terkecuali perilaku masyarakatnya dalam membentuk pola coping masing-masing akan berbeza pula biasanya pemahaman budaya, agama akan sehati dalam kehidupan. Biasanya mangsa yang trauma akan memperlihatkan perilaku *atypical* sehingga berbeza dengan ramai orang.

### **6.3 Implikasi**

Secara umum, kajian ini bertujuan untuk mengenal pasti masalah trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik dan tsunami di Aceh, tetapi secara khusus pula kajian ini untuk mengenal pasti sama ada kesan, tahap, perbezaan trauma dan adakah wilayah, sumber trauma dan jantina ada memberi sumbangan keatas trauma dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh. Sehubungan dengan dapatan hasil penelitian tersebut beberapa implikasi dapat di rumuskan kepada : (1) Pemerintah, (2) Pihak Sekolah, (3) Pihak Ibu Bapa dan Masyarakat, (4) kalangan remaja mangsa itu sendiri.

#### **6.3.1 Kepada Pihak Pemerintah**

Masalah trauma adalah masalah serius yang tidak boleh di nafikan oleh semua orang kerana sangat berbahaya ke atas fizikal dan psikologi penderita. Trauma boleh kekal dalam kehidupan seseorang bila tidak ada pengkawalan dan sokongan dari pihak-pihak tertentu, penderita akan mengalami *post traumatic stress disorder* (PTSD). Harris & Harris (1984) mentakrifkan stres ialah satu proses yang mana otak serta badan bertindak menghadapi tekanan yang datang daripada luaran. Wann (1998) mentakrifkan pula sebagai satu tindak balas yang tidak emosional dari permintaan persekitaran. Sementara itu Hackfort dan Spielberger (1998) merujuk stres sebagai proses psikobiologikal yang pada umumnya dirangsangkan oleh situasi dan keadaan yang dianggap atau diinterpretasikan sebagai suatu yang berbahaya, berpotensi untuk mencederakan atau

menghampakan. Mirkin & Hoffman (1998) menjelaskan beberapa gejala stres adalah otot-otot menegang serta lenguh-lenguh, pening kepala, hilang selera makan, badan cepat letih, sembelit atau cirit birit, kegugupan, kemurungan, tidak boleh bertenang, daya kerja menurun dan lain-lain. Gejala – gejala tersebut memerlukan bantuan secara profesional baik oleh pakar kesihatan, psikologi, psikiater, kaunselor dan pekerja sosial. Semua pakar tersebut boleh membantu remaja yang trauma untuk pemulihan secara berkesinambungan. Dapatan kajian menyatakan bahawa kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh masih mengalami kesan trauma pada taraf sederhana dan berbeza secara keseluruhan wilayah, sehingga memerlukan bantuan dan sokongan dalam rangka pemulihan agar boleh hidup yang selesa di masa hadapan.

Oleh kerana itu peran dan sokongan pemerintah sebagai pihak yang berkuasa dapat membuat program pemulihan melalui rancangan penubuhan pentadbiran pelayanan dan kounseling trauma bagi kalangan remaja yang mengalami trauma, bermasalah dan dengan berbagai problematika lain, yang boleh mengekalkan stres sehingga menjadi PTSD. Kerana pentadbiran ini memerlukan sarana dan prasarana secara representatif baik finansial mahupun non finansial seperti gedung, gaji untuk sumber manusia dalam melaksanakan layanan tersebut. Program ini hanya boleh disediakan oleh pihak yang berkuasa, selain memerlukan legalitas juga sokongan keberlanjutan program pemulihan. Penubuhan tersebut sangat penting bagi masyarakat Aceh dalam rangka membangun membina dan mempersiapkan remaja yang sehat secara fizikal dan mental. Kerana bila perkara tersebut tidak dilakukan, kemungkinan remaja Aceh nantinya akan menjadi remaja-remaja yang tidak stabil secara emosional, dan bila berpanjangan akan merusak jaringan otak, dan bila ini berlaku, maka remaja akan ramai mengalami stress, kemurungan, kecemasan yang boleh mengganggu aktiviti seharian mereka.

### **6.3.2 Kepada Pihak Sekolah**

Sekolah adalah lembaga formal yang ditugaskan untuk mendidik, membina dan juga memperbaiki aqidah, akhlaq dan intelektual manusia, maka keberhasilan dan kelangsungan masa hadapan siswa remaja juga sangat di sokong oleh peran guru –guru terutamanya guru bimbingan dan kaunseling. Dapatan kajian menunjukkan terdapat kesan trauma pada taraf sederhana dalam kalangan remaja SLTA mangsa konflik dan tsunami di Aceh. Keputusan ini menunjukkan bahawa sekolah juga harus memiliki program pemulihan secara baik dan profesional untuk membuka layanan kaunseling trauma di sekolah dalam rangka membantu siswa untuk melakukan pemulihan.

Secara Nasional layanan bimbingan dan kaunseling telah di intergasikan dalam pelayanan sekolah sejak tahun 1984, namun di dalam kenyataan banyak sekolah terutama sekolah-sekolah di Aceh belum melaksanakan aturan ini, kerana keterbatasan sumber kawangan dan sumber manusia. Mendiknas (1995) menyebutkan penyelenggaraan Bimbingan dan Kaunseling (BK) di sekolah merupakan bagian integral dari sistem pendidikan kita demi mencerdaskan kehidupan bangsa melalui berbagai pelayanan bagi peserta didik untuk mengembangkan potensi mereka seoptimal mungkin. Kehadiran BK di institusi pendidikan sudah memiliki landasan yuridis formal dimana pemerintah telah menyediakan payung hukum terhadap keberadaan BK di sekolah. Berikut disampaikan peraturan-peraturan yang mendasari dan terkait langsung dengan layanan BK di sekolah.

UU No. 20 Tahun 2003 Pasal 1 Ayat 6 berbunyi keberadaan kounselor dalam sisitem pendidikan nasional dinyatakan sebagai salah satu kualifikasi pendidik, sejajar dengan kualifikasi guru, dosen, pamong belajar, tutor, widyaswara, fasilitator dan instruktur. Masing-masing kualifikasi pendidik, termasuk kaunselor memiliki keunikan konteks tugas dan ekspektasi kinerja (Mendiknas, 2008). Selain daripada itu, Sistem

Pendidikan Nasional Bab 1 Pasal 1 Ayat 1 disebutkan bahawa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta kerampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Selanjutnya tentang fungsi dan tujuan pendidikan dalam Bab 2 Pasal 3 dinyatakan bahwa pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab.

Selanjutnya tentang hak peserta didik disebutkan dalam Bab 5 pasal 12 Ayat 1b dimana setiap peserta didik pada setiap satuan pendidikan berhak mendapatkan pelayanan pendidikan sesuai dengan bakat, minat, dan kemampuannya. Permendiknas No. 22 Tahun 2006 tentang Standar Isi untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah menyebutkan bahwa pelayanan kaunseling meliputi pemberian kesempatan kepada peserta didik untuk mengembangkan dan mengekspresikan diri sesuai dengan kemampuan, bakat dan minat. Kegiatan pengembangan diri dilakukan melalui kegiatan pelayanan kaunseling yang berkenaan dengan masalah diri pribadi dan kehidupan sosial, belajar, dan pengembangan karir peserta didik. Kegiatan pengembangan diri difasilitasi dan atau dibimbing oleh konselor, guru, atau tenaga kependidikan yang dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan ekstrakurikuler.

Semua hal tersebut di atas dilakukan dalam kondisi yang normal, namun dengan kondisi Aceh yang sarat dengan berbagai permasalahan baik individu, kelompok

mahupun sosial masyarakat yang semakin rumit membenahi keclaruan emosi akibat konflik bersenjata dan tsunami, di khawatirkan akan mempengaruhi aktiviti hari-kehari. Individu, kelompok sosial yang bermasalah dan selalu mengalami gangguan emosi baik di sekolah mahupun dilingkungan persekitaran biasanya dikaitkan dengan latar belakang hidupnya pada masa lampau sama ada dalam aspek biologi, psikologi, sosiobudaya dan sebagainya. Oleh kerana itu program koseling dan intervensi dilakukan akan bergantung kepada jenis masalah yang dihadapi oleh siswa. Maka pihak sekolah perlu meletakkan program-program kaunseling selaras dengan program –program pembangunan manusia supaya kebajikan siswa dapat dinikmati secara menyeluruh dan berterusan.

Menurut Ahmad Sarji (1992), Wan Rafaei (1994) dan Amir Awang (2002) menyatakan kaunseling sebagai salah satu alat perisian untuk meningkatkan produktiviti dan untuk melicinkan proses pembangunan manusia, kerana proses kaunseling adalah satu proses menolong yang berterusan dan merupakan satu proses interaksi yang membolehkan individu memahami diri dan situasinya. Proses ini akan membantu individu yang bermasalah mengenal matlamat hidup mereka dan mengambil langkah yang wajar untuk keluar dari masalah. Selain itu, Taniza (2003) menyatakan khidmat kaunseling merupakan satu khidmat pertolongan yang berguna bagi mengendali dan mengatasi masalah individu baik pekerja, pelajar, mahupun masyarakat, kerana proses kaunseling akan menggunakan berbagai pendekatan yang melibatkan penerokaan diri, sehingga menimbulkan kesedaran diri, situasi dan pilihan yang perlu dibuat untuk diri sendiri pada masa hadapan.

Dapatan ini selaras dengan hasil temubual dan pelayanan konsultasi di *Womens Development center* (WDC) kota Banda Aceh, yang bahawa banyak remaja yang datang berkonsultasi terkait berbagai masalah yang dihadapi. Kerana WDC pelayanan

diberikan untuk kalangan masyarakat umum, maka layanan kaunseling perlu dikuatkan kembali dan juga perlu dibuka juga kaunseling trauma di sekolah-sekolah agar dapat membantu kalangan siswa memulihkan berbagai gejala trauma yang di alami kalangan remaja dan mampu menghadapi berbagai cabaran hidup.

### **6.3.3 Kepada Kalangan Ibu Bapa dan Masyarakat**

Keluarga adalah unit terkecil dalam persekitaran remaja yang sangat berpengaruh dalam tumbuh kembang kepribadiannya. Menurut Erhamwilda (2009) menyatakan bahawa faktor –faktor untuk perkembangan kepribadian atau membentuk kepribadian diklasifikasikan kepada dua iaitu: faktor heriditas (keturunan) dan faktor sosial budaya. Kedua faktor ini akan membentuk perilaku seseorang, bila lingkungan ini baik maka individu yang tumbuh di dalamnya juga akan baik, namun bila lingkungan ini sering terjadi konflik dan kekerasan maka anggota di dalamnya akan mengalami trauma yang akan berkesan sampai ia dewasa bila tidak ada kawalan dan pemulihan akan menjadi generasi yang PTSD.

Sementara itu, Sumadi Suryabrata (2006) menyatakan kepribadian seseorang tumbuh dan berkembang dari empat macam tegangan iaitu: proses pertumbuhan fisiologis, frustasi, konflik dan ancaman. Sebagai akibat dari meningkatnya tegangan kerana keempat aspek tersebut maka orang terpaksa harus belajar cara –cara yang baru untuk mereduksi tegangan. Dalam perkara ini maka boleh dikatakan bahawa ketegangan dalam kehidupan seseorang itu perlu ada agar mereka boleh belajar darinya, namun apabila ketegangan itu telah melampaui batas ketahanan manusia maka mereka boleh stres dan trauma. Kondisi ini bila berpanjangan terjadi di dalam kehidupan maka akan merubah kepribadian seseorang. Maka itu diharapkan kepada ibu bapa dan masyarakat agar boleh memberi sokongan yang baik kepada kalangan remaja yang dimulai dari sejak kecil, kerana menurut Freud dalam Sumadi Suryabrata (2006) masa yang

mempunyai peranan yang menentukan dalam hal timbulnya neurosis yang lebih di kemudian hari adalah masa kanak-kanak sehingga ia menyatakan bahawa “*The Child is the ather of Man*” artinya kanak-kanak adalah ayah manusia.

Oleh kerana itu, keluarga dan masyarakat persekitaran seperti Aceh yang cukup lama hidup dalam konflik dan kekerasan, serta berbagai bencana alam yang telah merenggut banyak nyawa dan harta benda sudah tentu banyak keluarga dan masyarakat masih mengalami kesan trauma di dalam diri, baik secara personal, kelompok seperti keluarga, dan warga masyarakat, sehingga mereka masih memerlukan berbagai sokongan sosial. Sarason, Levin, dan Bashom (1993) sokongan sosial boleh dijadikan sumber utama untuk menghadapi krisis hidup mengatasi masalah dan tempat bergantung untuk mendapatkan kasih sayang. Sokongan sosial ini boleh dilakukan pelbagai pihak seperti ahli keluarga, rakan sekerja, penyelia dan individu lain yang signifikan kepada individu. Bentuk sokongan yang berbeza memberi pengaruh yang berbeza ke atas penerimaan sokongan sosial. Banyak kajian terdahulu membuktikan bahawa individu yang menerima sokongan yang baik dari pada keluarga mereka dapat mengatasi masalah kemurungan dan kebimbangan dengan lebih berkesan (Fatimah Umar & Suryani Supardi, 2002).

#### **6.3.4. Kepada Kalangan Remaja Itu Sendiri**

Dilihat dari siklus kehidupan, masa remaja merupakan masa yang paling sulit untuk dilalui oleh individu. Masa ini dapat dikatakan sebagai masa yang paling kritis bagi perkembangan pada tahap-tahap kehidupan selanjutnya. Remaja adalah individu baik perempuan mahupun lelaki yang berada pada masa atau usia antara kanak-kanak dan dewasa. Batasan remaja dalam hal ini adalah usia 10 sampai dengan 19 tahun menurut klasifikasi *World Health Organization* (WHO). Sementara *United Nations* (UN) menyebutnya sebagai anak muda (*youth*) untuk usia 15 sampai dengan 24 tahun. Ini

kemudian disatukan dalam batasan kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun (BKKB, 2000).

Dalam dekade ini remaja perlu bersaing di antara satu sama lain dalam aktivitas harian mereka untuk mencapai matlamat yang ditetapkan. Keadaan ini timbul disebabkan persepsi masyarakat ini yang lebih bertumpu kepada kejayaan yang dicapainya. Mereka percaya kejayaan tersebut dapat menjamin kehidupan mereka pada masa hadapan. Untuk mencapai objektif ini, remaja lebih mementingkan pendidikan tersebut untuk pencapaian akademik, kerana mereka beranggapan bahawa seseorang yang pencapaian akademik yang cemerlang akan berpeluang untuk menjadi sukses. Mereka lupa satu hal yang bahawa pencapaian akademik boleh berlaku bila remaja dalam keadaan sehat fizikal dan mental, namun dalam keadaan yang bimbang, emosi yang tidak stabil, maka sulit untuk mencapainya. Tomskin (1973) menyatakan bahawa kebimbangan sebagai satu rentetan rasa takut, gelisah, gementar diantara perasaan sekarang dan jangkaan masa hadapan berada dalam situasi yang bimbang, sehingga tidak mengetahui apa yang harus ditakutkan, seperti remaja-remaja Aceh.

Menurut Klein-Muntz (1980) mentakrifkan kebimbangan satu perasaan yang dapat memberi ancaman ataupun suatu bencana yang akan berlaku ke atas mereka yang mengalami gangguan emosi seperti ini. Kebimbangan akan menyiksa perasaan seseorang walaupun mereka sudah sedaya upaya mengelakkannya, malah satu keadaan yang tegang yang tidak dapat diramalkan akan berlaku kepada mereka. Secara ringkasnya perasaan bimbang stres merupakan salah satu tingkahlaku yang dihadapi oleh pelajar-pelajar SLTA di Aceh dalam keadaan yang tidak mereka sedari. Perilaku ini biasanya diakibatkan oleh pengalaman pahit yang pernah dilalui di dalam kehidupan. Oleh kerana itu, kalangan remaja yang mengalami kebimbangan melampau kerana trauma konflik dan tsunami di tambah lagi masalah sosiobudaya, politik dan



ekonomi yang semakin menekan kalangan remaja untuk berkembang, maka perlu mendapatkan perhatian yang serius dari berbagai pihak melalui program-program pemulihan yang berkesan, sehingga mereka dapat keluar dari perasaan tersebut melalui bantuan dan sokongan yang berkesan iaitu dengan kaunseling trauma.

#### **6.4 Cadangan**

Hasil kajian di dapati dalam kalangan remaja mangsa konflik bersenja dan tsunami di Aceh masih mengalami kesan trauma yang signifikan pada peringkat purata sederhana dengan perbezaan yang signifikan pada semua wilayah, dan dari ujian *post hoc* di dapati beberapa wilayah yang berbeza sangat ketara berbanding wilayah lain iaitu Bireun, Aceh Selatan, Abdyo dan Kota Banda Aceh. Selain daripada itu juga wilayah, sumber trauma dan Jantina telah memberi sumbangan ke atas tahap trauma remaja pada beberapa indikator yang tersebar pada semua dimensi *Trauma Symptom Inventory* (TSI), maka oleh kerana itu untuk bantuan menolong dan intervensi haruslah dilakukan secara komprehensif dan inovatif, sehingga mereka dapat kembali menjadi remaja yang sehat fizik dan mental. Unit layanan bantuan menolong yang telah teruji salah satunya adalah layanan kaunseling.

Menurut Feltham dan Dryden (1993) dalam McLeod (2006) menyatakan kaunseling adalah suatu profesi yang dicari oleh orang-orang yang berada dalam tekanan atau kebingungan, yang memiliki hasrat untuk berbincang dan memecahkan semua itu dalam suatu hubungan yang lebih terkontrol dan pribadi berbanding pertemanan, lebih simpatik, tidak memberikan label tertentu di bandingkan dengan hubungan pertolongan dalam praktik medis tradisional atau setting psikiatrik.

Hamdani Bakran (2001) menyatakan kaunseling pada dasarnya adalah suatu aktifitas pemberian nasehat berupa anjuran anjuran dan saran-saran dalam bentuk pembicaraan yang komunikatif antara kaunselor dengan kaunseli/klien, yang mana

kaunseling datang dari pihak klien yang disebabkan kerana ketidaktahuan atau kurangnya pengetahuan sehingga ia memohon pertolongan kepada kaunselor agar mendapatkan bimbingan dengan metode-metode psikologis dalam upaya: (1) mengembangkan kualitas kepribadian yang tangguh, (2) mengembangkan kualitas kesihatan mental, (3) mengembangkan perilaku-perilaku yang lebih efektif pada diri individu dan persekitarannya, (4) menanggulangi problematika hidup dan kehidupan secara mandiri.

Tim UMUHA Malang (2003) mendefinisikan kaunseling adalah proses pemberian bantuan yang terjadi dalam hubungan antara dua orang atau lebih, dimana salah satu pihak merasa membutuhkan bantuan khusus untuk mengatasi masalah yang tidak dapat dipecahkannya sendiri. Kaunseling juga merupakan cara membantu orang untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan mengatasi masalah yang mereka alami dan dapat dilakukan dengan satu orang, kelompok dan keluarga

Dari definisi di atas jelas bahawa kaunseling itu merupakan proses untuk membantu dan menolong klien yang memerlukan maklumat tentang ketidakfahaman mereka dalam mengatasi pelbagai masalah dalam kehidupan. Amir Awang (1981) menolong seorang manusia pada dasarnya adalah suatu proses untuk membolehkan orang itu berkembang mengikut arah-arrah yang dipilihnya. Pertolongan sepatutnya ditafsirkan terutamanya oleh orang yang ditolong. Ini bermakna bahawa yang ditolong bukan saja memilih matlamat-matlamat perkembangan sendiri tetapi juga menentukan sama ada ia mahukan pertolongan. Kerana seseorang yang di tolong menentukan keperluan yang dikehendakinya mengikut-syarat-syaratnya sendiri. Misalnya mengemukakan keperluannya dari bentuk meminta matlumut, membuat suatu keputusan, menyelesaikan suatu masalah, ataupun berdamping dengan perasaan sendiri di dalam suatu perhubungan yang dapat dipercayai. Oleh kerana itu, maka dalam rangka

percepatan pemulihan kalangan remaja mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh, maka perlu adanya pentadbiran layanan kaunseling yang representatif sehingga mampu memberi layanan secara profesional pada setiap wilayah terutama pada wilayah-wilayah yang berbeza secara sangat signifikan seperti Bireun, Aceh Selatan, Abdya dan Kota Banda Aceh.

#### **6.4.1. Menubuhkan Unit Kaunseling Trauma**

Penubuhan unit kaunseling trauma untuk siswa remaja adalah suatu tuntutan masa kini dalam dunia pendidikan di Aceh. Kerana dalam konteks sejarah Aceh yang penuh dengan konflik berpanjangan dan tidak henti-hentinya bencana alam terjadi seperti banjir bandang gempa dan tsunami. Semua peristiwa tersebut telah meninggalkan kesan dalaman kepada masyarakat terutamanya bagi kalangan remaja. Peristiwa tersebut telah membunuh ibu bapa, keluarga, kerabat dekat, menghilangkan harta benda, menghancurkan sarana am, sudah pasti membuat perasaan sakit yang berpanjangan dan bagi sebahagian individu justru selalu teringat kembali semua peristiwa dan bahkan sering datang kedalam mimpi. Gejala-gejala tersebut dalam DSM IV dinyatakan trauma.

Pada umumnya semua manusia menginginkan kehidupan yang bahagia, tenang dan tenteram, biasanya mereka terus berusaha menghindari perkara-perkara yang merugikan, menyakitkan baik bagi dirinya, keluarganya mahupun masyarakatnya. Namun kenyataannya ada sebahagian dari masyarakat kita yang belum beruntung dan masih merasakan berbagai penderitaan dalam kehidupannya sehingga hari-kehari mereka boleh berlaku stres. Tim UPI (2004) menyatakan bahawa stres dapat disebabkan oleh permasalahan yang sedang dihadapi dengan objek atau peristiwa yang sedang dialami, tetapi juga disebabkan oleh pengalaman masa lalu, baik bencana alam, bencana sosial mahupun perlakuan hari-kehari dari lingkungannya. Stres juga dapat disebabkan oleh sesuatu yang nyata atau yang dibayangkan (imajinasi) oleh seseorang. Banyak ahli

psikologis yang mengatakan bahawa umumnya masalah dialami seseorang pada masa dewasa bersumber dari pengalaman traumatik dimasa kecil. Peristiwa trauma atau luka akibat kejadian yang hebat menimbulkan perasaan sakit pada seseorang baik secara fizikal mahupun psikis yang sering menyebabkan beberapa gangguan emosional dan psikologis di kemudian hari yang biasa disebut dengan *post traumatic stress disorder* (PTSD) atau gangguan stres pasca trauma.

Tim Pusat Kaunseling Universitas Muhammadiyah Malang (2003) menyatakan bahawa, orang yang mengalami PTSD umumnya di hantui pengalaman traumatik yang mereka alami langsung mahupun tidak langsung. Gangguan ini di tandai dengan pelbagai gejala iaitu: (1) pengalaman traumatik seringkali mengganggu perasaan, pikiran, dan perilaku orang yang mengalami, meskipun tidak selalu langsung menimbulkan gangguan pada individu, (2) pengalaman traumatik biasanya tidak boleh hilang dengan mudah, kerana pengalaman tersebut direpres dan disimpan di alam bawah sadarnya, dan diwujudkan dalam bentuk bentuk perilaku lainnya, (3) gangguan stress pasca trauma biasanya timbul sebagai respon yang berkepanjangan dan/atau tertunda terhadap kejadian atau situasi yang menimbulkan stress (baik singkat mahupun berpanjangan), (4) gejala khas mencakup episode-episode di mana bayangan-bayangan kejadian traumatik tersebut berulang kembali (*flash back*) atau dalam mimpi, terjadi dengan latar belakang yang menetap berupa kondisi perasaan “beku” dan penumpukan emosi, menjauhi orang lain, tidak responsif terhadap lingkungannya, menghindari aktivitas dan situasi yang berkaitan dengan traumanya, (5) meskipun jarang, boleh terjadi reaksi yang dramatik, mendadak ketakutan, panik, agresif, yang dicetuskan oleh stimulus yang mendadak mengingatkan kembali pada trauma yang dialaminya, serta reaksi asli dari trauma itu, (6) onset terjadi setelah trauma, dengan masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan. Perjalanan keadaan ini berfluktuasi dan pada kebanyakan kasus dapat diharapkan kesembuhannya, (7) pada

sejumlah kecil klien, perjalanan penyakitnya dapat menjadi kronis sampai beberapa tahun dan terjadi transisi menuju satu perubahan kepribadian yang berlangsung lama. Anak yang mengalami gangguan stres pasca trauma perlu memperoleh bantuan psikologis, dan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memulihkannya kembali.

Oleh kerana itu penubuhan pusat kaunseling trauma di Aceh pada saat ini merupakan satu kewajiban pihak pemerintah dalam rangka membantu remaja-remaja yang mengalami trauma melalui Dinas Pendidikan Daerah Aceh. Kerana secara formal kaunseling telah terintegrasi secara baik dalam lingkungan pendidikan formal walaupun belum begitu merata di seluruh Sekolah. Namun dengan dapatan kajian ini maka pemerintah di haruskan meninjau kembali peraturan terkait dengan pelayanan kaunseling di Sekolah selama ini dan menubuhkan unit kaunseling trauma yang baru atau mengintegrasikannya lagi kedalam layanan kaunseling Sekolah.

Sebelum menubuhkan perkhitmatan kaunseling trauma, pemerintah Aceh harus terlebih dahulu menyediakan kemudahan sarana dan prasarana yang lengkap yang diperlukan oleh sebuah unit layanan kaunseling trauma. Perkara asas yang diperlukan adalah bilik-bilik kaunseling yang khalis suara, lokasi yang sesuai dan mudah dijangkau dengan kenderaan umum, peralatan, kaunselor yang terlatih, dan kaki tangan kaunselor. Untuk mewujudkan layanan kaunseling trauma yang berkesan memerlukan kaunselor yang profesional dengan sijil paling rendah adalah sarjana kaunseling dan juga kaki tangan yang terlatih. Hal ini dapat dilakukan dengan melatih tenaga-tenaga kaunselor yang ada di sekolah-sekolah selama ini, atau menerima orang-orang dengan kualifikasi keilmuan kaunseling dan psikologi.

Menurut Shuib (1995) kursus-kursus kaunseling yang melayakkan seseorang itu menjadi kaunselor harus mempunyai kemahiran asas seperti prinsip-prinsip kaunseling, teknik-teknik *human relation model* seperti tingkahlaku melayan secara fizikal, lisan,

hormat pada orang kemahiran menolong yang berasaskan teori dan seorang kaunselor yang terlatih dan berpengalaman dalam bidang layanan melalui latihan pratikum di bawah penyeliaan seorang kaunselor yang mahir dan profesional dalam bidang nya.

#### **6.4.2 Peranan Kaunseling Trauma**

Trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit. Juga sering diartikan sebagai suatu luka atau sakit berat akibat satu kejadian yang luar biasa yang menimpa seseorang langsung mahupun tidak langsung, baik luka fizikal mahupun psikis atau kombinasi keduanya, berat ringannya suatu peristiwa akan berbeza dirasakan oleh semua orang, sehingga pengaruh dari peristiwa tersebut juga berbeza antara satu dengan lainnya, (Cavanagh, 1982; Mental Health Channel, 2004). Pada saat peristiwa traumatik dialami seseorang maka ia akan merespon dan mengatasinya dengan mekanisme rekoveri yang dimilikinya sehingga tidak berdampak negatif, namun bahagi sebahagian orang kejadian tersebut tidak selesa sehingga membekas luka dan rasa sakit dalam waktu yang berpanjangan dan sudah mempengaruhi perilakunya, mereka mengalami stres pasca trauma atau yang disebut dengan PTSD, dalam keadaan tersebut memereka memiliki resiko tinggi untuk mengalami gangguan mental seperti panik, depressi, fobia dan obsesif kompulsif dan lain-lain sebagainya.

Kompas Cyber Media (2002) mengemukakan bahawa gangguan stres pasca trauma merupakan keadaan depresi, cemas, dan mati rasa yang mengikuti berbagai peristiwa traumatik yang terjadi akibat perang, perkosaan, bencana alam, kematian akibat kekerasan pada orang tercinta dan sebagainya. Gangguan pasca trauma boleh langsung di alami segera setelah peristiwa traumatik dan boleh juga tertunda sampai beberapa bulan, tahun sesudahnya. Korban biasanya mengeluh tegang, insomnia, sulit berkonsentrasi, seperti ada yang mengatur hidupnya, bahkan ada yang merasa kehilangan makna hidup. Kejadian traumatik akan kembali muncul bila ada pemicu

yang memunculkan kembali ingatan tersebut. Orang yang mengalami gangguan pasca traumatik berada pada keadaan stres berpanjangan yang berakibat kepada gangguan otak, berkurangnya intelektual, emosional mahupun kemampuan sosial.

Maka dalam perkara tersebut di atas untuk pemulihan kalangan remaja mangsa memerlukan peranan kaunseling trauma untuk membantu secara sistematis dan berkesinambungan, kerana kaunseling traumatik adalah suatu layanan yang diupayakan kaunselor untuk membantu klien yang mengalami trauma melalui proses hubungan pribadi sehingga klien dapat memahami dirinya, masalahnya yang berkaitan dengan trauma yang dialaminya dan berusaha untuk mengatasinya sebaik mungkin.

Tim UPI (2004) menyatakan kaunseling traumatik ini berbeza dengan kaunseling biasa yang dilakukan di sekolah-sekolah. Perbedaannya terletak pada masa, fokus, aktiviti dan tujuan. Dilihat dari segi masa kaunseling traumatik pada umumnya memerlukan masa lebih pendek daripada kaunseling biasa. Kaunseling traumatik memerlukan waktu satu hingga empat sesi, sementara kaunseling biasa memerlukan satu hingga dua puluh sesi. Dilihat dari segi fokus kaunseling traumatik lebih menfokuskan pada satu masalah iaitu trauma yang terjadi dan dirasakan sekarang, sedangkan kaunseling biasa suka dihubungkan dengan persoalan lainnya seperti latar belakang klien, proses ketidaksadaran klien, interpretasi klien, konflik antar pribadi, masalah komunikasi, karir, krisis identitas dan sebagainya. Dilihat dari aktiviti kaunseling traumatik lebih melibatkan banyak orang untuk membantu klien dan lebih aktif adalah kaunselor. Konselor berusaha mengarahkan, memberi segesti, memberi saran mencari dukungan keluarga, rakan sebaya, dan mencari ahli melalui referral untuk membantu dan mengusulkan berbagai persekitaran untuk kesembuhan klien. Dilihat dari tujuan kaunseling traumatik lebih menekankan pada pulihnya kembali klien pada

keadaan sebelum trauma dan mampu menyesuaikan diri dengan keadaan persekitaran yang baru.

#### **6.4.3 Keterampilan Dalam Kaunseling Traumatik**

Muro dan Kottman (1995) menyebutkan bahawa tujuan kaunseling traumatik adalah: (1) berfikir realistis bahawa trauma adalah bahagian dari kehidupan, (2) memperoleh pemahaman tentang peristiwa dan situasi yang menimbulkan trauma, (3) memahami dan menerima perasaan yang berhubungan dengan trauma, dan (4) belajar keterampilan baru untuk mengatasi trauma. Muhibbin Syah (2006) menyatakan keterampilan ialah kegiatan yang berhubungan dengan urat-urat syaraf dan otot-otot (*neuromuscular*) yang lazimnya tampak dalam kegiatan jasmaniah seperti menulis, mengetik, olah raga dsb. Meskipun sifatnya motorik namun keterampilan itu memerlukan koordinasi gerak yang teliti dan kesadaran yang tinggi, dengan demikian siswa yang melakukan gerakan motorik dengan koordinasi dan kesadaran yang rendah dapat dianggap kurang atau tidak terampil. Menurut Reber (1988) keterampilan adalahh kemampuan melakukan pola tingkahlaku yang kompleks dan tersusun rapi secara mulus dan sesuai dengan keadaan untuk mencapai hasil tertentu. Keterampilan bukan hanya meliputi gerakan motorik melainkan juga pengejawantahan fungsi mental yang bersifat kognitif, konotasinyapun luas sehingga sampai pada yang mempengaruhi atau mendayagunakan orang lain secara tepat.

Oleh kerana itu, Muro dan Kottman (1995) menyatakan bahawa untuk menolong klien yang trauma, kaunselor harus memiliki empat keterampilan iaitu: Pandangan yang realistis, orientasi yang holistik, fleksibelitas dan keseimbangan antara empati dan ketegasan. *Pertama*, kaunselor harus memiliki padangan yang realistis terhadap peran mereka dalam membantu dan menolong orang trauma, kerana dengan demikian mereka dapat melihat kelemahan dan keterbatasannya dalam sesi pertolongan seperti kurang



memiliki data yang lengkap tentang kelemahan diri klien sebelum menderita trauma, dan juga tidak dapat mengontrol pemicu trauma, kerana pemicu trauma itu adalah peristiwa objektif yang sudah dialami klien, dan juga kaunselor tidak dapat mengontrol reaksi keluarga dan rakan klien pada saat ia mengalami trauma. **Kedua** orientasi yang holistik artinya kaunselor dalam melakukan kaunseling tidaklah mesti berlebihan dan arogansi tetapi kaunselor harus menerima berbagai bantuan lain demi kesembuhan klien, bila klien lebih tepat dirujuk ke psikiatrik untuk penyembuhan secara medik, atau klien lebih cocok dirujuk ke-ulama (alhi ugama) untuk memenuhi aspek spritualnya atau ke profesional lainnya untuk kesembuhan klien, hal itu harus dilakukan oleh kaunselor. **Ketiga** fleksibiliti, artinya kerana keterbatasan-keterbatasan yang ada kaunseling traumatik lebih fleksibel dalam pelaksanaannya dan di dalam kaunseling kadang-kadang banyak melibatkan orang-orang seperti melibatkan keluarga. Selain daripada itu dalam sesi kaunseling traumatik kaunselor tidak memiliki banyak waktu untuk melakukan konfrontasi kerana dia memang harus bertindak cepat dan tepat. **Keempat** keseimbangan antara empati dan ketegasan, kerana peran kaunselor disini harus jelas kapan harus tegas dan kapan dia harus empati, kerana bila kaunselor hanyut dalam suasana klien akan sulit memerankan kaunselor yang berkesan, begitu juga bila tidak tepat waktu memberikan arahan ketegasan maka kaunseling akan tidak berkesan. Kerana empati ini adalah kemampuan kaunselor untuk merasakan apa yang dirasakan klien.

#### **6.4.4 Proses dan Tahapan Kaunseling Traumatik**

Proses kaunseling traumatik adalah tatalaksana peristiwa yang tengah berlangsung dan memberi makna pada klien yang mengalami trauma dan memberi makna pula kepada kaunselor yang membantu mengatasi kliennya. Cavanagh (1995) menyatakan secara umum proses kaunseling traumatik dibahagi ke dalam tiga tahapan. **Pertama**, tahap awal kaunseling yang terdiri dari *introduction, invitation and environmental support*. Dalam tahapan ini kaunselor membangun hubungan dengan klien yang disebut dengan

*a working relationship* yaitu hubungan yang berfungsi, bermakna dan berguna sehingga klien akan mampu mempercayai, dan mengeluarkan semua isi hati, perasaan dan harapan sehubungan dengan trauma yang dialami. Memperjelas dan mendefinisikan trauma kepada klien dengan gejala-gejala yang dialami, sehingga klien faham betul apa yang sedang ia alami dan kaunselor membantu sepenuhnya. Selain itu juga kaunselor dengan klien menyepakati masa untuk melakukan sesi kaunseling. **Kedua**, tahap pertengahan (tahap kerja): disini kaunselor menfokuskan kepada penjelajahan trauma yang di alami klien, melalui pengamatan kemudian diberi penilaian sesuai dengan yang dijelajahi. Muhibbin Syah (2006) menyatakan pengamatan adalah proses menerima, menafsirkan dan memberi arti rangsangan yang masuk melalui panca indera seperti mata dan telinga kemudian dicerna secara objektif sehingga mencapai pengertian. Tahap ini juga dikatakan tahap *action* . Tujuan tahap ini adalah untuk menjelajahi dan mengeksplorasi trauma, serta kepedulian klien atau tindakan dan lingkungan dalam mengatasi trauma tersebut. Dalam tahap ini kaunselor juga menjaga hubungan yang berkesan dengan menampilkan keramahan, empati, kejujuran, keikhlasan dalam membantu klien. **Ketiga**, tahap akhir kaunseling atau tahap *termination* yang di tandai dengan beberapa aspek yaitu: menurunnya kecemasan traumatik klien, adanya perubahan perilaku klien ke arah yang lebih positif, sehat dan dinamik, adanya tujuan hidup yang jelas dalam masa yang akan datang, dan terjadi perubahan sikap yang positif terhadap trauma yang dihadapi.

Berdasarkan tahapan proses kaunseling trauma di atas, maka untuk penanganan pemulihan mangsa konflik bersenjata dan tsunami di Aceh, haruslah dilakukan secara komprehensif dan inovatif sehingga kalangan remaja yang mengalami trauma dapat sehat fizikal dan psikis semula sebelum mengalami trauma, maka peneliti merekomendasikan kaunseling trauma melalui pendekatan WERJEM Fasilitator Moden

#### **6.4.5 Kaunseling WERJEM Fasilitator Moden**

WERJEM adalah singkatan dari *Watch* (menonton) *Exploration* (penerokaan), *Reflection* (pemikiran), *Justification* (justifikasi), *Education* (pendidikan) dan *Motivation* (motivasi). Pendekatan WERJEM fasilitator moden adalah pendekatan yang akan dilakukan di dalam kaunseling untuk memulihkan klien trauma dengan cara mengubah pola *coping* yang dimiliki klien dengan pola *coping* baru.

##### **6.4.5.1 Rasional**

Konflik bersenjata yang berpanjangan dan tsunami yang telah berlaku di Aceh dapat berisiko tinggi terhadap perkembangan psikologis individu yang mengalami banyak kehilangan seperti orang yang dicintai, harta dan benda, keluarga, teman dan kerabat dekat, komunitas, sehingga kehilangan pegangan hidup yang menyebabkan stress dan trauma. Di tambah lagi apabila gagal dalam pengkawal (*coping*) dan adaptasi pengalaman traumatik, maka akan menimbulkan banyak efek yang dapat membuat luka dalaman yang berpanjangan yang mungkin tidak boleh diubah hingga mengakibatkan deprivasi sosial (*social deprivation*).

##### **6.4. 5.2. Tujuan**

Secara umum tujuan program layanan kaunseling dengan pendekatan WERJEM Fasilitator Moden ini adalah untuk membantu siswa membentuk pola kawal baru (pola *Coping*) dalam pengalaman traumatik yang dialami sehingga menurunkan tingkat kecemasan, stress dan trauma atau menurunkan *Post Traumatic Stress Dissorder* (PTSD) dengan melakukan beberapa aktifitas. Secara khusus tujuan program layanan kaunseling dengan pendekatan ini bagi siswa yang mengalami pengalaman traumatis adalah untuk membantu: (1) menyadarkan akan arti hidup dan kehidupan sebagai ummat sosial dan beragama, (2) meningkatkan daya pikir yang lebih rasional, (3) meningkatkan rasa percaya diri, (4) mengurangi rasa ketergantungan kepada orang lain,

(5) meningkatkan motivasi untuk kehidupan yang lebih baik, (6) membentuk daya kawal (coping) yang baru yang lebih rasional, sehingga mereka dapat keluar dari rasa trauma.

#### 6.4.5.3 Sasaran

Sasaran yang menjadi target dalam layanan kaunseling pendekatan WERJEM ini adalah remaja yang mengalami trauma, baik yang dirujuk oleh sekolah maupun remaja yang datang atas keinginan sendiri. Remaja tersebut akan dilakukan tes verifikasi melalui soal selidik *Trauma Symptom Inventory* (TSI) dinyatakan berada pada level menengah ke atas, dengan indikatornya : Pertama, **Validiti Scales** item *Atypical Response* ( ATR) berada pada nilai mean 2- 30 dengan T-Score 51-100, item *Response Level* (RL) nilai mean 2-10 dan T Score 51-89 dan item *Inconsistent Response* (INC) nilai mean berada pada nilai 4-30 dan T-Score 51-100; Kedua, **Clinical Scales** dibagi kedalam 4 aspek yaitu: (1) **Dysphoric mood** yang terdiri dari item *Anxious Arousal* (AA) berada pada nilai mean 8-24 dan T-Score 51-81, Item *Depression* (D) nilai mean 8-24 dan T-Score 51-77, item *Anger/Irritability* (AI) nilai mean berada pada 9-27 dan T-Score 51-79; (2) Scala mengukur **Post Traumatic Stress Disorder** (PTSD) terdiri dari Item *Intrusive Experience* (IE) nilai mean berada pada 7-24 dan T-Score 52-82, Item *Defensive avoidance* (DA) nilai mean berapa pada 8-24 dan T-Score 51-76, item *Dissociation* (DIS) nilai mean berada pada 6-27 dan T-Score 51-92 ; (3) Scala mengukur **Sexual Dysfunction** terdiri dari Item *Sexual Concerns* (SC) nilai mean berada pada 5-27 dan T-Score 52-93, Item *Dysfunctional Sexual Behavior* (DSB) nilai mean berada 3-27 dan T-Score 52-100; (4) Scala mengukur **Self Dysfunction** terdiri dari item *Impaired Self reference* (ISR) nilai mean berada pada 7-27 dan T-Score 51-85, dan item *Tension Reduction Behavior* (TRB) nilai mean berada 3-24 dan T-Score 51-100.

#### 6.4.5.4. Asumsi Asas

**Pertama**, konflik bersenjata yang berlaku berpanjangan di Aceh, bencana tsunami telah berkesan kepada fizikal, mental dan perilaku, baik individual maupun psikososial kepada anak terutamanya kalangan remaja, kerana mereka kehilangan ibu bapa, kakak adik, sanak saudara, rekan kerabat dan kelompok sosial mereka, yang kesemuanya ini boleh membuat mereka berasa stress, cemas, ketakutan dan hilang gairah hidup. **Kedua**, tidak berjayanya *coping* dan adaptasi yang dilakukan remaja terhadap pengalaman traumatis akan menimbulkan efek dalaman yang berpanjangan, yang mungkin akan berlaku selamanya (*irreversible*) dan boleh jadi dapat memberi kesan yang lebih iaitu *social deprivation* dan keadaan ini apabila tidak dikawal dengan baik akan menjadi penyakit yang boleh diturunkan ke anak cucu. **Ketiga**, layanan kaunseling dan terapi dengan menggunakan teknik konfrontasi telah banyak digunakan seperti teknik Psikoanalisis, terapi Realitas dalam rangka menurunkan kecemasan pasca trauma.

#### 6.4.5.5 Alat Dukung Layanan

Alat dukung sistem layanan ini merupakan serangkaian tata laksana dalam meningkatkan program layanan kaunseling terkait dengan kegiatan manajemen, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta surat kebenaran untuk menjalankan program. Sumber daya manusia yang dimaksudkan di dalam kaunseling ini adalah tenaga kaunselor yang telah dilatih secara profesional, kaki tangan kaunselor dan kaki tangan administrasi. Sarana dan prasarana yang dimaksudkan adalah tempat yang layak, sesuai dan representatif untuk melakukan layanan, alat- alat elektronik seperti Vidio, CD, Infokus, Handycame, TV. Sedangkan Surat Kebenaran melaksanakan program layanan adalah surat yang dikeluarkan oleh pihak yang berkuasa yang menyatakan layanan kaunseling boleh dilaksanakan dengan bukti yang berbentuk Sijil atau Akta yang sah.

#### **6.4.5.6. Peranan Kaunselor**

Dalam layanan kaunseling, secara umum konselor bertindak sebagai perancang, pelayan, sekaligus penilai dan pengevaluasi dalam proses pelaksanaan program kaunseling di sekolah. Oleh karena itu sebagai perancang dan penilai maka konselor harus memiliki kompetensi sehingga dapat melakukan kaunseling dengan efektif dan efisien. Crouch (1992) menyatakan ada empat area perkembangan keterampilan iaitu: kesedaran kaunselor, pekerjaan pribadi, pemahaman teoritis dan keterampilan melakukan pekerjaan sosial (*casework*). Larson et al. (1992) telah membangun moden yang memecahkan kompetensi kaunselor yang mereka sebut dengan “ efektifitas diri kaunselor” ke dalam lima area iaitu: keterampilan mikro, proses, berhadapan dengan perilaku klien yang sulit, kompetensi kultural dan kesedaran akan nilai. Beutler, et al (1986) dalam suatu ulasan terhadap literatur mengidentifikasikan beberapa kategori “variable therapies” yang berdasarkan penilaian berkaitan dengan kompetensi iaitu kepribadian, status emosional, sikap dan nilai, sikap hubungan (seperti empati, kehangatan, kongruen), atribut kesedaran sosial (misalnya kepakaran, amanah, menarik, kredibilitas, dan persuasif), harapan, latar belakang profesional, gaya intervensi, dan penguasaan prosedur teknikal dan pemikiran teoritis.

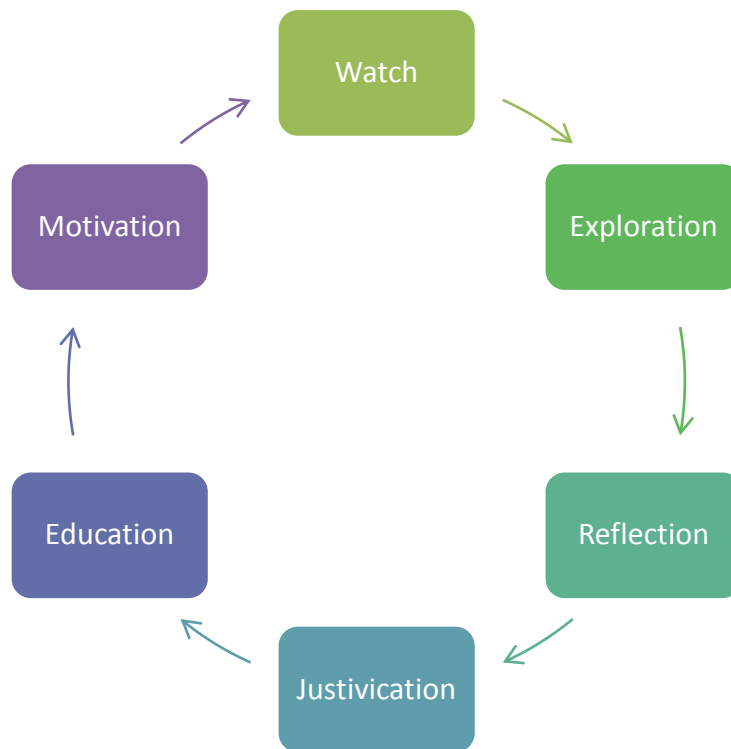
Sementara itu McLeod (2006) merangkum tujuh area kompetensi konselor iaitu: (1) Keterampilan personal; Konselor yang efektif mampu mendemonstrasikan perilaku mendengar, berkomunikasi, empati, kehadiran, kesedaran berkomunikasi non verbal, sensitivitas terhadap kualitas suara, responsivitas terhadap ekspresi emosi, pengambil alihan, menstruktur waktu, menggunakan bahasa; (2) keyakinan dan sikap personal: kapasitas untuk menerima yang lain, yakin adanya potensi untuk berubah, kesedaran terhadap pilihan etika dan moral, sensitivitas terhadap nilai yang dipegang oleh klien dan diri; (3) kemampuan konseptual: kemampuan untuk memahami dan menilai masalah klien, mengantisipasi konsekuensi tindakan dimasa depan, memahami proses

kilat dalam kerangka skema konseptual yang lebih luas, mengingat informasi yang berkenaan dengan klien, fleksibilitas kognitif, dan keterampilan memecahkan masalah; (4) ketegaran personal: tidak adanya kebutuhan pribadi, atau keyakinan irrasional yang sangat merusak hubungan kaunseling, percaya diri, kemampuan untuk mentoleransi perasaan yang kuat atau tak nyaman dengan hubungan klien, batasan pribadi yang aman, mampu untuk menjadi klien, tidak mempunyai prasangka sosial, etnosentrisme dan autoritarianisme; (5) menguasai teknik: pengetahuan tentang kapan dan bagaimana melaksanakan intervensi tertentu, kemampuan untuk menilai efektifitas intervensi, memahami dasar pemikiran dibelakang teknik, memiliki simpanan intervensi yang cukup; (6) kemampuan untuk faham dan bekerja dalam sistem sosial: termasuk kesadaran akan keluarga dan hubungan kerja dengan klien, pengaruh egensi terhadap klien, kapasitas untuk mendukung jaringan dan supervisi, sensitifitas terhadap dunia sosial klien yang mungkin bersumber dari perbedaan gender, etnis, orienasi seks, atau kelompok umur; dan (7) terbuka untuk belajar dan bertanya: kemampuan untuk waspada terhadap latar belakang dan masalah klien, terbuka terhadap pengetahuan baru, menggunakan penyelidikan untuk menginformasikan praktis.

Berdasarkan beberapa rumusan kompetensi kaunselor yang harus dipunyai, maka secara umum peran kaunselor menjadi sangat penting dalam pelayanan pertolongan untuk pemulihan berbagai persoalan klien. Sedangkan secara khusus peranan konselor dalam program layanan kaunseling dengan pendekatan WERJEM *Facilitator* modern ini adalah untuk membantu siswa yang trauma dalam membentuk pola *coping* baru sehingga mereka mampu mereduksi pengalaman traumatis secara positif dan rasional. Oleh karena itu dalam layanan ini kaunselor berperan sebagai sutradara, aktor, fasilitator, eksplorator, reflektor, justifikator, edukator, motivator.

#### 6.4.5.7. Mekanisme Pelaksanaan Layanan BK Trauma

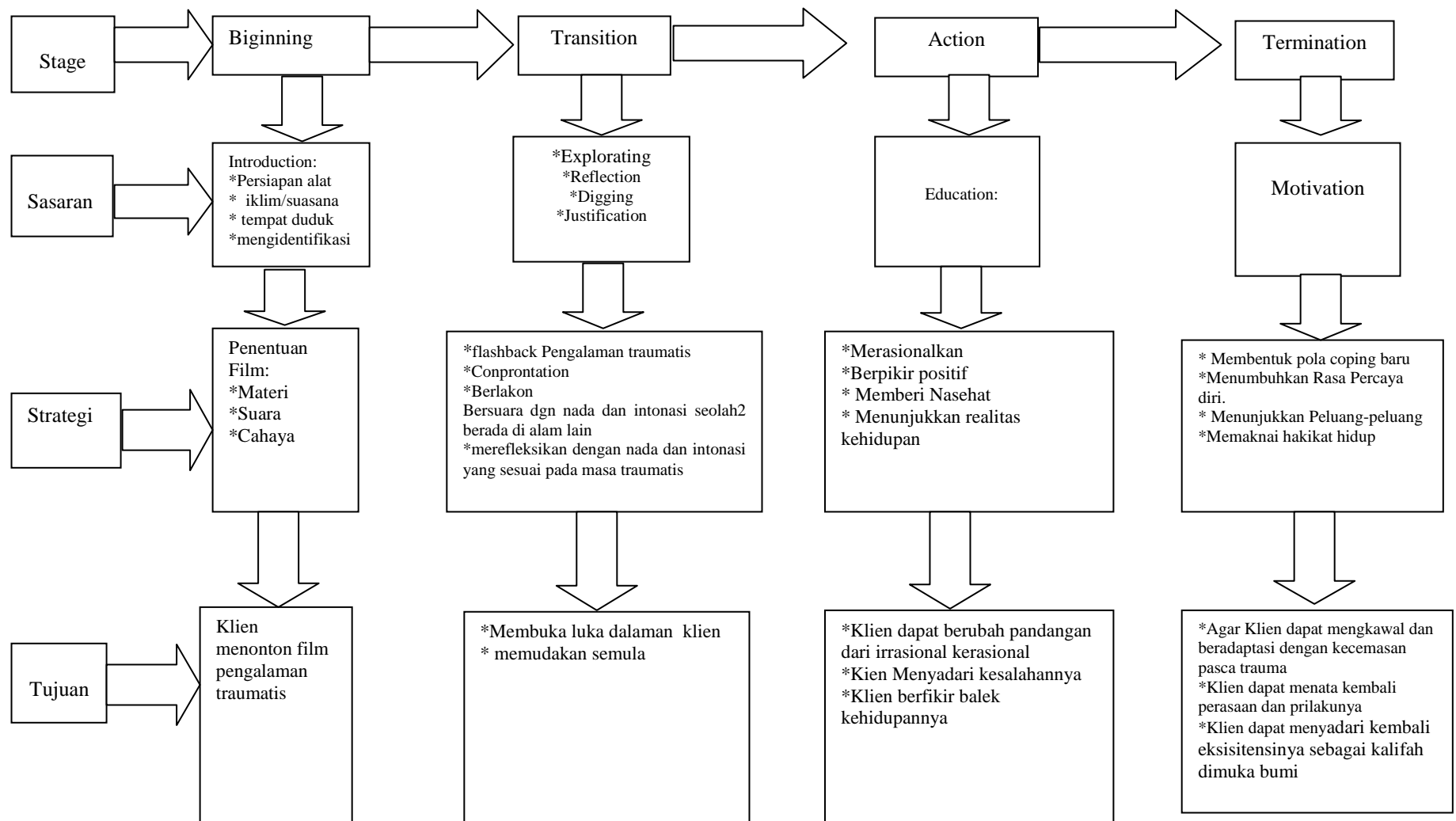
**Pertama,** Mekanisme tata laksana program pelayanan kaunseling trauma dengan menggunakan WERJEM Facilitation Moden ini mengacu kepada enam langkah iaitu: (1) *Watch*, (2) *exploration*, (3) *reflection*, (4) *justification*, (5) *education*, (6) *Motivation*. Setiap tahap akan dipersiapkan dengan baik dan sempurna, sehingga apapun yang dilihat, didengar, di rasakan oleh klien di dalam sesi kaunseling ini se akan akan dia tidak menyadari bahwa mereka sedang dalam sesi kaunseling.



Rajah. 6.1. W.E.R.J.EM Fasilitator Moden.

**Kedua,** mekanisme tata laksana layanan kaunseling ini adalah dengan kaunseling individu dan kelompok yang di bahagi ke dalam 4 tahap iaitu: (1) tahap awal, (2) tahap transisi, (3) tahap tindakan, (4) tahap terminasi:





Rajah 6.2. Skema Tahapan Pendekatan W.E.R.J.E.M Fasilitator Modern.

#### **6.4.5.8 Proses Pelaksanaan**

**Pertama,** Proses pelaksanaan kauseling dengan pendekatan WERJEM Fasilitator Moden pada tahap awal ini adalah kaunselor mempersiapkan semua keperluan untuk memulakan kaunseling iaitu pertama melakukan identifikasi kepala klien bahwa sebenarnya mereka mengalami trauma apa, hal ini penting agar kaunselor dapat menyiapkan materi film yang bersesuaian yang akan dijadikan bahan untuk mengingatkan kembali kepada peristiwa traumatik klien. Kemudian kaunselor memeriksa cahaya, suara, tempat duduk yang selesa agar klien nyaman.

**Kedua,** Tahap transisi adalah tahap dimana kaunselor berperan sebagai fasilitator untuk melakukan ekplorasi (penerokaan) terkait trauma yang dialami oleh klien, setelah itu merefleksikan agar klien membuka semua yang dirasakan pada saat kejadian traumatik berlaku, kemudian dilanjutkan dengan penggalian (*digging*) kepada klien, sehingga kaunselor menemukan titik masalah yang berlaku di dalam diri klien dan itu menjadi fokus pertolongan dan intervensi yang akan dilakukan. Kemudian fasilitator mencari pembenaran atas semua yang berlaku pada klien melalui teknik-teknik keterampilan kaunseling, sehingga klien dapat berfikir dan belajar dari peristiwa traumatik tersebut secara rasional. Kerana belajar rasional ialah belajar dengan menggunakan kemampuan berfikir secara logis dan rasional atau sesuai dengan akal sehat. Tujuannya adalah untuk mendapatkan aneka ragam kecakapan menggunakan prinsip dan konsep-konsep dalam belajar menyelesaikan masalah (*Rational Problem Solving*) dengan menggunakan pertimbangan dan strategi akal sehat, logis dan sistematis (Reber, 1988).

**Ketiga, *action*** adalah tahap dimana kaunselor akan memulai memberikan pengajaran dalam bentuk pemahaman-pemahaman yang rasional terkait trauma dan gejala-gejala yang sering dimunculkan pasca kejadian traumatik, hal ini penting dilakukan agar klien dapat berfikir secara positif tentang apa yang mereka alami dan juga menunjukkan bagaimana realiti kehidupan yang akan dijalan kemasa hadapan. Kemudian kaunselor memulai untuk membangun kesedaran baru kepada klien sehingga mereka boleh keluar dari trauma yang dirasakan selama ini secara positif.

**Keempat, tahap *termination*** adalah tahap dimana kaunselor mula membentuk pola coping baru, menumbuhkan rasa percaya diri, menunjukkan peluang-peluang, dan memaknai hakikat hidup dengan tujuan agar klien dapat mengkawal dan beradaptasi dengan kecemasan pasca trauma, klien dapat menata kembali perasaan dan prilakunya secara positif, klien dapat menyadari kembali eksistensinya sebagai makhluk Allah dan kalifah dimuka bumi.

## RUJUKAN

- Abbess, J. F. Wikipedia, The Free Encyclopedia:  
[http://en.wikipedia.org/wiki/dysphoria#related\\_conditions](http://en.wikipedia.org/wiki/dysphoria#related_conditions) . 2006-11-18.
- Abu Bakar Nordin. (1986) *Asas Penilaian Pendidikan*. Petaling Jaya: Heineman M'sia.
- Aggleton, J. P. (Ed.) (2000). *The Amygdala: A functional Analysis*. Oxford University Press: Oxford. Dictionary p-38.
- Ahira.com, A. (2004). [www.anneahira.com/jumlah-mangsa-tsunami-aceh.htm](http://www.anneahira.com/jumlah-mangsa-tsunami-aceh.htm)
- Ahmad Sarji Abd.Hamid. (1991).Kaunseling Suatu “Software” dalam pengurusan. *Buletin Intan*,15(1), 3.
- Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reaction. *Adolescence*, 33, 209– 217.
- Al-Chaidar. (1999). *Gerakan Aceh Merdeka: Jihad rakyat Aceh mewujudkan NegaraIslam*. Jakarta, Indonesia: Madani Press.
- Alias Baba. (1992). *StatistikPenyelidikanDalamPendidikandanSainsSosial*.Bangi: UniversitiKebangsaan Malaysia.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text rev.) Washington,DC: Author.
- American Psychiatric Association (2005) *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., Text rev.).Washinton, DC: Author.
- Amir Awang. (1981). *Perhubungan menolong proses dan kemahiran-kemahiran Lawrence M Brammer*. Pulau Pinang: University Sains Malaysia.
- Amir Awang. (2002). *Seminar Kebangsaan Pekerja, bhg Perkhidmatan Psikologi JPA*. Ucap Utama Seminar Kebahagian Pekerja. IOI Resort Kajang Selangor 13-14 Mei.

- Anastasi, A. (1997). *Psychological testing* (Ed. Ke-7). New York, NY: Macmillan.
- Anisman, H., Griffiths, J., Matheson, K., Ravindran, A. V., & Merali, Z. (2001). Posttraumatic stress symptoms and salivary cortisol levels. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1509-1511.
- Anonim. (2005) *Methods for Handling Our Own Aggression/ Anger: A Long Term Concern; an Important Problem, METHODS FOR HANDLING OUR OWN AGGRESSION.doc*, dokumen komputer, Sumber tak diketahui, diambil oleh Yakita.
- Anonim. "Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatik (PTSD)?," [http://www.cgh.com.sg/health\\_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD\\_main1\\_new.html](http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main1_new.html)
- Anonim. *Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families*. <http://www.psychguides.com>
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* 4th ed., text rev. Washington DC: Author.
- APA. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder (ADSM-IV-TR)*, Washington DC: Author.
- Assyari. (2008, Julai 4). *Peristiwa traumatik yang dialami pada masa DOM-1*. (Kusmawati. hatta, Pewawancara).
- Atkinson. R. L. et al. (t.t.). *Pengantar Psikologi*, Jilid II. Batam, Indonesia: Interaksara.
- Backman, L., & Forsell, Y. (1994). Episodic memory functioning in a community-based sample of old adults with major depression: Utilization of cognitive support. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 361-370.
- BAPEDA. (2011). [bapeda.acehprov.go.id/v2/file/Aceh Dalam Angka/ADA 2011/6.BAB.I.Pdf](http://bapeda.acehprov.go.id/v2/file/Aceh%20Dalam%20Angka/ADA%202011/6.BAB.I.Pdf). Dipetik dari [bapeda.acehprov.go.id](http://bapeda.acehprov.go.id)
- Baranowsky, Anna, & Laure, Teresa. (2012). *What Is PTSD? 3 Steps to Healing Trauma*. Kelly Patton, LMHC. Dipetik dari <http://www.KellyPatton.com>

- Beaton, R., Murphy, S., & Corneil, W. (1996). *Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder Symptomatology in professional urban firefighters in two countries*. Paper Presented at The International Congress of Occupational Health, Stockholm, Sweden.
- BKKBN. (2000). *Remaja mengenali dirinya, Seri Informasi KKR*. BKKBN Prov NAD.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Borg, W. W. & Gall, M. D. (1993) *Educational research: An introduction*. New York, NY: Longman.
- Braun, H. W. (1988). *Test validity*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Brealey, E. (2006). *Ten minute stress relief*. London, UK: Bounty Books.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat Schultz, L. R, Davis, G. C., & Andreski, P. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of Genreal Psychiatry*, 55, 626-32.
- Breutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables. In *Psychotherapy process and outcome*. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York, NY: Wiley.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. (5), 748-66.
- Briere. J (1995) *Trauma Symptom Inventory*. USA: Psychological Assessment Resource.
- Bureau of Justice Statistics. (1997a). *National Crime Victimization Survey*. Washington, DC: US Departement of Justice.
- Cambell, D., & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation. *Psychological Bulletin*, 56.
- Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Support system mutual help*. New York, NY: Grune & Stratton.

- Carter, J., Byrne, G. ( ). *Post Traumatic Stress Disorder*. Department of Psychiatry, University of Queensland.
- Cashwell, C. S., & Vacc, N.(1996). Family functioning and risk behavior: Influences on adolescent delinquency. *The School Counselor* (tidak diterbitkan).
- Cavanagh, M. (1982). *The caunseling experience: A theoretical and practical approach*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Chaplin, J. (2001). *Kamus Lengkap Psikologi* (terj. Kartini Kartono). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, Feb;161(2), 195-216.
- Choy, K. C. (1998). *Kamus Perwira Bahasa Melayu-Bahasa Inggris: Latest Malay-English Dictionary*. Penerbitan Daya.
- CMHN. (2010). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Aceh: Profil Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Dicapai dari [www.dinkes.acehprov.go.id/flit\\_profil\\_2010/#/80\\_](http://www.dinkes.acehprov.go.id/flit_profil_2010/#/80_)
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorder. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Conger, K. J., & Conger, R. D. (1994). Differential parenting and change in sibling differences in delinquency. *Journal of Family Psychology*, 8, 287-302.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Mangement Guide*. Windsor, Canada: NFER-Nelson.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. New York, NY: Norton.
- Creswell, J. W. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (International Edition). Pearson Education International.
- Crisis Croup Asia Report. (2007). ICG “*Aceh: Post Conflict Complication*”, No 139.

- Cristie, J. (2000). *Trauma care: A team approach*. Auckland, New Zealand: Butterworth Heinemann.
- Crouch, A. (1992). The competent counsellor. *Self and Society*, 20, 22-25.
- Dalai Lama, & Goleman, D. (2003). *Destructive emotions: Mind and Life*. Bloomsbury: Lusltak.
- Dean, E. T., Jr. (1997). *Shook over hell: Post-Traumatic Stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Diknas, D. P. (2004). *Modul Untuk Pendampingan Konseling Traumatis dan pengajaran Remedial*. Bandung, Indonesia: UPI.
- Erhawilda. (2009). *Konseling Islami* (Editisi Pertama). Yogyakarta, Indonesia: Graha Ilmu.
- Everly, G. S., Jr. (1993). Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress. *Integrative Physiology and Behavioral Science*, 28, 270-278.
- Everly, G. S., Jr., Flannery, R. B., Jr., & Mitchell, J. T. (1999). Critical Incident Stress Management (CISM): A methodological review. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, in press.
- Everly, G. S., Jr., & Lating, J. M. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in Post-Traumatic Stress*. New York, NY: Plenum.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (1999). Critical Incident Stress Management (CISM); approach are discussed. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 135-140.
- Everson, S. A., Mckey, B. S., & Lavallo, W. R. (1995). Effect of trait hostility on cardiovascular responses to harassment in young men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 172-191.
- Fany. (2007). *Depresi dan Cara Mengatasinya: Power Point Pada Pelatihan Trauma Pada Remaja*. Yang dilaksanakan Oleh YAKITA- UNICEF.
- Fatimah Omar, & Suryani Supardi. (2002). Peranan sokongan sosial dan sokongan pribadi dalam menangani tekanan kerja di kalangan anggota polis. *Pasca Sidang Seminar Psikologi- Psima 2000* (2), 121-129.



- Feldman, R. S., Meyer J. S., & Quenzer, L. F. (1997). *Principles of Neuropsychopharmacology*. Sunderland, MA: Sinauer Associates.
- Fikar, W., & Eda, E. (1999). *Aceh menggugat*. Jakarta, Indonesia: Sinar Harapan.
- Fiske, D. C. (1959). *Convergent and Discriminant Validation. Psychological Help for Patients and Families*. <http://www.psychguides.com>
- Flannery, R. B., Jr. (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York, NY: Crossroad Press.
- Flannery, R. B., Jr. (1999). Psychological trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 135-140.
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (1996). *How to design and evaluate research*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Freud, S. (2009). *Kamus Psikoanalisis (terj: Laila Qadrila)*. Yogyakarta, Indonesia: e-Nusantara.
- Gillert, R. (1987). *Overcoming depression: A practical self-help guide to prevention and treatment*. London, UK: Dorling Kindersley.
- Goldstein, R. D., Wampler, N. S., & Wise, P. H. (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children. *Pediatrics*, 100, 873–878.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Mengapa EI lebih Penting dari IQ*. Jakarta, Indonesia: PT Gramedia Utama.
- Goleman, D. (2000). *Emotional Intellegence*. Jakarta, Indonesia: Gramedia Pustaka Utama.
- Grase et al. (1993) dalam P. A. Resick (2001) *Stress and trauma*, Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Gurvits, T. V., Gilbertson M. W., Lasko, N. B. et al. (2000, Februari). Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Archhives of General Psychiatry*, 57(2), 181-186.

- Hackfort, D., & Spielberger, C. D. (1989). *Anxiety in Sport: An international perspective*. New York, NY: Hemisphere.
- Harlock, B. E. (1997). *Perkembangan anak Jilid I*. Jakarta, Indonesia: Erlangga.
- Harris, Dorothy V., & Harris, Bette L. (1984). *Sports Psychology: Mental skills for physical people*. New York, NY: Leisure Press.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between Acute Stress Disorder and Post Traumatic Stress Disorder: A 2-Year Prospective Evaluation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67, 985-988.
- Heys, W. L. (1981). *Statistics for psychologists*. New York, NY: Holt, Reinhart & Winston.
- Hikmat, Eka Kurnia. (2005). *Trauma Pasca-perang*. <http://www.pikiran-rakyat>.
- Hj Naimah, Din. (2005). Aplikasi teknik Kaunseling Dalam Mengurus Kes-Kes Kesehatan Mental. *Prosiding -2, Seminar Kementerian Pelajaran Malaysia Kali Kedua Tahun 2005*. Kuala Lumpur: Kementerian Pelajaran Malaysia.
- Hughes, (1991). *An outline of modern Psychiatry*. Chichester, UK: Wiley.
- IOM- DSMH, T. I. (2006). *Hasil penelitian kebutuhan psikososial & kesehatan mental masyarakat akibat konflik ABRI dan GAM di Aceh*. Banda Aceh: IOM Aceh.
- IOM- DSMH, T. I. (2007). *Hasil penelitian lanjutan kebutuhan psikososial & kesehatan mental masyarakat akibat konflik ABRI dan GAM di Aceh*. Banda Aceh: IOM Aceh.
- Irene E. Sidabutar, S., et al. (2003). *Pemulihan psikososial berbasis komunitas*. Jakarta, Indonesia: Kontras.
- Jamsari Alias, & Norzila Mat. (2002) *Manic-Depressive Psychosis (MDP): Pendekatan Barat dan Islam*. Pasca Sidang Seminar Psikologi- Psima, hlm. 1-16.
- Jarnawi (2007). *Konseling trauma untuk anak korban kekerasan*. IAIN Ar-Raniry Bekerjasama dengan CV AK Group.

- Jones, H., & Davies (1999). *Total Wellbeing/ The Whole Treatment for The Whole You and Integrated approach to Helth for Men and Women*. UK: Hodder & Stoughton.
- Jongsma, A. E., & Peterson, L. M. (1995). *Practice planners: The complete adult Psycho Therapy Treatment Planner* (2nd ed.). Canada: Wiley.
- Jordan, M. J. D. (1997). *Specialized Training Manual on Psychosocial Counseling for trafficked Youth*. Kathmandu Nepal: ILO-IPEC.
- Kaplan, E. A. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu pengetahuan Psikiatri Klinis 2*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaplan, H., & Sadock, B. J. (1998). *Ilmu kedokteran Jiwa*. Jakarta, Indonesia: Widya Media.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu pengetahuan perilaku Psikiatri Klinis, 2*. Jakarta, Indonesia: Binarupa Aksara.
- Keane, T. M. (1998). *Psychological and behavioral treatments for Post Traumatic Stress Disorder*. In P. F Nathan & J. M. Gorman (Eds), *A guide to treatments for work* (pp. 398-407). New York, NY: Oxford University Press.
- Kepala Badan Pelayanan Jiwa Aceh. (2013). *Rumah Sakit Jiwa Aceh Kelebihan Pasien*, [ttp://www.tempo.co/read/news/2013/04/03/058470923/Rumah-Sakit-Jiwa-Aceh-Kelebihan-Pasien](http://www.tempo.co/read/news/2013/04/03/058470923/Rumah-Sakit-Jiwa-Aceh-Kelebihan-Pasien)
- Kerlinger, F. H. (1973). *Foundation of behavior research*. New York, NY: Holt, Reinhart & Winston.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleim-Muntz, B. (1980). *Essentials of Abnormal Psychology* (Ed. Ke-2). Harper and Row.
- Kompas Cyber Media (2002), *Kenali Gangguan Stress Pascatrauma...!*

- Koss, M., & Shiang, J (1994). Research on Brief Psychotherapy. In A. Bergin and S. Garfield (Eds.), *Handbooks of Psychotherapy and behavior change* (pp. 664-700). New York, NY: Wiley.
- Krug, E. G., Kresnow, M., Peddicord, J., & Dahlberg, L. (1998). Suicide After Natural Disaster. *New England Journal of Medicine*, 338, 373-378.
- Kusmawati Hatta. (2006). *Dampak Stres dan Trauma Terhadap Perkembangan IQ,EQ,dan SQ dan Cara Penanggulangannya( Kajian Pada Anak SD Mangsa Tsunami Di Aceh Besar)*. Banda Aceh, Indonesia: Pusat Penelitian IAIN AR-Raniry .
- Kusmawati Hatta. (2009). *Perbedaan Bentuk-Bentuk Trauma Pada Remaja Mangsa Konflik, Gempa dan Tsunami (Kajian pada Anak SMU Aceh Besar)*.Banda Aceh: Pusat Penelitian IAIN Ar-Raniry.
- Kvale, S. (1997) *The Social Construction of Validity*. Kerja-Kerja *European Research of Teaching and learning*, Greece. Dalam Marohaini Yusoff (2001) *Penyelidikan kualitatif: Pengalaman Kerja lapangan kajian*. Kuala Lumpur: Penerbit Universiti Malaya.
- Lambert, M. C. et al. (1992). Jamaican and American Adult Perspective on Child Psychology: Further Exploration of the Threshold Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 146- 149.
- Langstaff, D., & Christie, J. (2000). *Trauma care: A team approach*. Auckland, New Zealand: Butterworth Heinemann.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N. et al. (1992). Development and Validation of The Counseling Self-estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 39,105-20.
- Lating, S. G. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in Post Traumatic Stress*. New York, NY: Plenum.
- Launmann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in The United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Leibowitz., Z., & Rboads, D. J. (1974). *Adolescent peer counseling. The School Counselor*.

- Lloyd, B., & Archer, J. (1985). *Sex and gender*. Cambridge University Press.
- Lise, M., & Stevens, M. A. (2007). *Post Traumatic Stress Disorder*, 588 *JAMA*, 298(5).
- Lyon M, L. N. (1994 dan 1999). *The Importance of temporal Struktur. Analisis Schizophrenia 13: 45-56* Editet By Philip Winn. *Dictionary of Biologikal Psychlogi*. New York:
- M. Hamdani Bakran Adz – Dzaky. (2001). *Psikoterapi & Konseling Islam: Penerapan metode Sufistik*. Yogyakarta, Indonesia: Fajar Pustaka Baru.
- Maaneen, J. V. (1983) *Qualitative methodology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Magnusson M.S (1999) Discovering Hidden time patterns in behavior *Research Methods: instruments and Computers* 32: 93-110 (Dictionary of Biological Psychologi, Edited by Philip Winn, London and New York p-791).
- Marshall,C&Rossman,G.B (1995) *Designing Qualitative Research*. New Bury Park, CA; Sage.
- Mat Saat Baki (2004) *Senarai Semak Trauma, Manual Pengurusan Trauma*, tidak diterbitkan.
- Mc Call,G.J., and Simmons, J.L., (1969) *Issues in Participant Observation: A Text and Reader*. Reading Mass: Addison-Wesley Pub.Co.
- Mcleod,J (2006) *Pengantar Konseling Teori dan Studi Kasus*. Open University Press Edisi -Cet 1.
- Md Shuib Che Din (1995) *Makna, Prinsip dan Pendekatan Kaunseling*. Dlm Abdul Halim Othman & Amla Mohd. Salleh (penyt) Prosiding Seminar Kaunseling Dalam Pendidikan. Yayasan Sabah Hlm 26-35.
- Mendiknas (2008) Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor, Salainan Lampiran Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 27 Tahun 2008 tgl 11 Juni 2008.
- Mental Health Channel, (2004), *Posttraumatic Stress Dissorder (PTSD)*, [http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs\\_rescue\\_workers.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_rescue_workers.html), diakses 04 Mei 2005a.

- Miles, M.B., and Huberman, M.A., (1994) *Qualitative data Analysis: A sourcebook of Methods*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Mirkin, Gabe & Hoffman, Marshall (1998) *The Sport Medicine Book*, Boston : Little Brown and Company.
- Mohd Majid Konting (1990) *Kaedah Penyelidikan Pendidikan*, Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Monton, E. A. (1974). *Depression: Its causes, symptom and treatment*. England: Roseneath Scientific Publications.
- MSF-Holland. (2001). *Manual for the Training of Psychosocial Assistants*. Lebanon.
- Muhibbin Syah. (2006). *Psikologi Pendidikan Dengan Pendekatan Baru*. Bandung, Indonesia: PT Remaja Rodakarya.
- Nasution, S. (2009). *Metode research*. Jakarta, Indonesia: Bumi Aksara.
- National Collaborating Centre for Primary Care. (2004). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. National Institute for Clinical Excellence: UK.
- National Institute of Mental Health. (NIMH) (t.t.). *Post Traumatic Stress Disorder*, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. NIH Publication no. 08 6388.
- Nevid, J. S. (1994). *Abnormal Psychology in a changing world*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nevid, S. J., Rathus, A. S., & Greene, B. (2005). *Psikologi Abnormal*, Alih Bahasa TIM Fakultas psikologi UI, Edisi Kelima Jilid I, Jakarta, Indonesia: Erlangga.
- Noreen Tehrani. (2004). *Workplace trauma, concepts, assesment and interventions*. New York, NY: Brunner- Routledge.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- Ochberg. (1988). *Post Traumatic therapy and victims of violence*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Patterson, G. R. (1996). Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzenweger & J. J. Hauaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Patton, M. J. (1990). *Qualitative research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pertama, D. P. (2004). *Departemen Pendidikan Nasional: Modul Untuk Pendamping Konseling Traumatik dan Pelajaran Remedial- Pembinaan Pendidikan Khusus Trauma Kaunseling*. Bandung: UPI.
- Pilowsky. (1997). *Abnormal illness behavior*. New York, NY: Wiley.
- PMI. (2008). *Manual tekni intervensi krisis*. Siri Pelatihan Program Dukungan Psikososial. Jakarta, Indonesia: PMI Pusat.
- Pynoos, R. S. (1994). *Posttraumatic Stress Disorder: A clinical review*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Ramli Hasan. (1990). *Pengantar psikiatri*. Kuala Lumpur, Malaysia: Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Reber, A. S (1988). *The Penguin dictionary of Psychology*. Ringwood Victoria: Penguin books Australia.
- Republika. (1998, Januari 19). Medan, Indonesia: Media Cetak .
- Resick, P. A. (2001). *Stress and trauma*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Roan, W. (2003). *Melupakan Kenangan Menghapus Trauma dalam Inti sari*. <http://www.jaga-jaga.com/anIjakTerkini.php?ida=65234>
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2002). Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Review. Dlm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art No.CD000560, 2002.

- Rosnani Binti Kamaruddin. (2005). Kemurungan di kalangan guru: Satu kajian kes di sebuah sekolah rendah. *Prosiding -2, Seminar Kementerian Pelajar Malaysia Kalai Kedua Tahun 2005* (hlm. 107). Kementerian Pelajaran Malaysia.
- Roth, S., & Friedman, M. J. (Eds.) (1998). *Childhood trauma remembered: A report on the current scientific knowledge base and its application*. Northbrook, IL: The International Society for Traumatic Stress Studies.
- Rothbaum, B. O. et al. (2012, Disember 1). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry*, 72, 957.
- Ryan, R. M. (1995). *Psychological Needs and The Facilitation of Integartion Processes*. *Journal of Personality*, 63, 397-435.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development*. American Psychologist (in press).
- Sakhilah. (2008). Masalah dan Orientasi Moral Pelajar Salah Laku dan Tidak Salah Laku. *Prosiding Seminar Psikologi dan Kaunseling Kebangsaan, Kementerian Pelajar Malaysia Kali ke -3*. Anjuran Bersama Bahagian Psyklogi dan Kaunseling & Persatuan Kaunseling Pendidikan Malaysia (PEKA).
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Bashon, R. B., & Sarason, B. R. (1993). Assesing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1), 127-197.
- Sarason, J. G., & Sarason, B. R. (1984). *Abnormal Psychology* (4th ed.). Engelwood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Saslow, C. A (1982). *Basic research methods for social work*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Scheier, M. F., & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and aute psychological states are shared determinants for disease. *Psychosomatic Medincine*, 57, 255-268.
- Schilpfening, N. (2012). *About.com Health's Disease and Condition content is reviewed, by the Medical Review Board* (About.com Guide) <http://depression.about.com/bio/Nancy-Schimelpfening-3089.htm>
- Scott, J., & Stredling, G.(2001). *Counseling for Post Traumatic Stress Disorder*. London, UK: Sage.



- Sekaran, U. (2000). *Research methods for business: A skill building approach*. New York, NY: Wiley.
- Shapiro, F. (1999). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basis principle, Protocol and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Siti Taniza. (2003) *Mengurus warga Pendidikan Yang Bermasalah*. Bahagian Sumber Manusia. Kementrian Pelajaran Malaysia.
- Siti Taniza. (2005). Kemurungan di kalangan guru-guru Malaysia. *Prosiding Seminar Kaunseling Kebangsaan kali ke 2, 2007*. Bahagian Sumber Manusia, Kementrian Pelajaran Malaysia.
- Siti Taniza Toha. (2008) *Peranan Ibu Bapa Dalam Proses Pemulihan Trauma Kanak-Kanak*, Prosiding Seminar Psikologi Dan Kaunseling Kebangsaan Kementerian Pelajar Malaysia kali ke -3, hal 58, Persatuan Kaunseling Pendidikan Malaysia (PEKA) Dewan B (PICC) Putrajaya International Convention Centre.
- Siri Taniza Toha et al. (2007, November). Pasca Trauma Tsunami: Satu Kajian Kes di Kuala Muda dan Langkawi Kedah, Malaysia. *Jurnal Psikologi dan Kaunseling*, 1, 84-116.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia–Hercegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 147–156.
- Sommer, J. F., & Williams, M. B. (1994). *Handbook of posttraumatic therapy*. Berkeley, CA: Greenwood Press.
- Southwick, S. M., Brenner, D., Krystal, J. H., & Charney, D. S. (1994). Psychobiologic research in Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 251-264.
- Spector, L. M., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of sexual dysfunction: A critical review of the empirical evidence. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389-408.
- Stredling, G., & Scott, J. (2001). *Counseling for Post Traumatic Stress Disorder*. London, UK: Sage.

- Sue, D., & Sue, D. (1994). *Understanding abnormal behavior*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Sugiono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung, Indonesia: Alfabeta.
- Suhartono, Irawan. (1995). *Metode penelitian sosial: Satu teknik penrelitian bidang kesejahteraan sosial dan ilmu sosial lainnya*. Bandung, Indonesia: Pt Remaja Rodakarya.
- Sukmaninggrum, E. (2001). Terapi bermain sebagai salah satu alternatif penanganan pasca trauma pada aak. *Psikologi*,14.
- Suryabrata, S. (1983). *Metodologi penelitian*. Jakarta, Indonesia: PT Raja Grafindo Persad.
- Suryabrata,S. (2006).*Psikologi pendidikan*. Cetakan -1. Jakarta, Indonesia: Rajawali.
- Sutherland, V., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. London, UK: Chapman & Hall.
- Swalm, D. (2005). *Tabs-Childbirth and Emotional Trauma: Why it's Important to Talk Talk Talk*, Associate Head of Dept of Psychological Medicine for Women, King Edward Memorial Hospital, Subiaco 6008, Western Australia. [www.trauma-center.org](http://www.trauma-center.org)
- Syarifah Hanizah et al. (2008). Tahap anxiety dan hubungannya dengan rangkaian sokongan sosial, personaliti dan Kecerdasan Emosi (EQ) dalam kalangan pensyarah di Institut Pendidikan Guru Malaysia. *Prosiding Seminar Psikologi dan Kaunseling Kebangsaan kali ke 3. PEKA*.
- Tan Sheau Ki. (1998). *Kebimbangan tret dan kebimbangan pemilihan kerjaya masa hadapan: Satu kajian di kalangan pelajar pusat pengajian tinggi*. Latihan Ilmiah, Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Tasmianti. (2011, Jun 4). *Mangsa yang rumahnya dijadikan tempat pelarian GAM sehingga terjadi tembak menembak*. (Kusmawti Hatta, Pewawancara).
- Team Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa Akibat Bencana di Aceh dan Sumatera Utara. (2005). *Buku Panduan Bagi Petugas Dan Relawan Kesehatan Mental Ed. Januari 2005*. Jakarta, Indonesia: Depkes.

- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.).(1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM). (2011). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Aceh: Jumlah Gangguan Jiwa di Pelayanan Kesehatan*. [www.dinkes.acehprov.go.id/flit\\_profil](http://www.dinkes.acehprov.go.id/flit_profil) 2010/#/47.
- Tim UPI. (2004). *Departemen Pendidikan Nasional, Modul Untuk Pendamping Konseling Traumatis dan Pengajaran Remedial: Pembinaan Pendidikan Khusus Trauma Konseling*. UPI.
- Tomb, D. A. (1994a). The phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 237-250.
- UMUHA. (2003). *Modul Pelatihan Kaunseling Trauma Di Nanggroe Aceh Darussalam*. Fakultas Psikologi Universitas Muhammdiyah Malang Bekerjasama dengan Departemen Pendidikan Nasional.
- Vander Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: The Guilford Press.
- Vander, A. J., ;Sherman, J. H., & Luciano, Dorothy S. (1994). *Human physiology*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Vikram, P. (2003). *Where there is no psychiatrist*. UK: Bell & Bain.
- Wann, D. L. (1998). *Sport Psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Webb, B.N. (2004). *Mass trauma and violence: Helping family and children cope*. New York, NY: The Guilford Press.
- Wentzel, K. R., & Looney, L. (2006). *Socialization in school settings*. In J Grusec & P. Hastings (Eds.), *Handbook of social development*. New York, NY: Guilford.
- WHO. (2003). *Mental Health in Emergencies*. Geneva, Switzerland: WHO.[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/640.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf)
- Wiersma, W. (2000). *Research in education: An introduction*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

- Williams, M. B., & Poijula, S. (2002). *The PTSD workbook: Simple, effective technique for overcoming traumatic stress symptoms*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Willis, S. (2004). *Konseling individual: Teori dan praktek*. Bandung, Indonesia: Alfabeta.
- Wilson, J. P., & Raphael, B. (Eds.) (1993). *The international handbook of traumatic stress syndrome*. New York, NY: Plenum.
- Yahuda, R (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346(2).
- Yehuda, R. (1998). Psychoendocrinology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 359-379.
- Yule, W. (1999). *Post-Traumatic Stress Disorder: Concept and therapy*. Chichester, UK: John.
- Zainah Ahmad Zamzami. (2002). Kesehatan Mental dan Fisik dan Strategi Daya Tindak Stres di Kalangan Pekerja Sektor Awam. *Pasca Sidang Seminar Psikologi- Psima* 2000(2) 39-48.
- Zucker, Bonnie. (2009). *Anxiety free kids*. Waco, TX: Prufrock Press.
- Zulkarnain. (2010, Mei 8). *Polis yang mengalami peristiwa traumatis di Kandang Aceh Utara*. (Kusmawati Hatta, Pewawancara).